

CIPER



INFORME

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO RESIDENCIAL
EN CENTROS DEPENDIENTES DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES





Análisis del funcionamiento residencial en centros dependientes del Servicio Nacional de Menores

Fuerza de Tarea Sename

Policía de Investigaciones de Chile

Santiago

Diciembre, 2018

CIPER



Héctor Espinosa Valenzuela
Director General
Policía de Investigaciones de Chile

Richard Bórquez Duque
Prefecto Inspector
Jefe Nacional de Migraciones y Policía Internacional

Francisco Ceballos Espinoza
Comisario
Instituto de Criminología
Jefe Fuerza de Tarea Sename

Fuerza de Tarea Sename PDI

Fabián Jerez Carrillo
Comisario
Brigada Investigadora de Delitos Sexuales Metropolitana

Víctor Bravo Núñez
Subcomisario
Instituto de Criminología

Francisco Besnier Ríos
Subcomisario
Brigada Investigadora de Homicidios Metropolitana

Álvaro Vega Contreras
Subcomisario
Brigada Investigadora de Homicidios Metropolitana

Viviana Baeza Baeza
Subcomisario
Brigada Investigadora de Delitos Sexuales Metropolitana

María Núñez Cortés
Inspector
Brigada Investigadora de Homicidios Metropolitana

Alex Rodríguez Llancaleo
Inspector
Brigada de Investigación Criminal Conchalí

Mauricio Valenzuela Zapata
Inspector
Brigada Investigadora de Delitos Sexuales Metropolitana

Ricardo Gómez Poblete
Inspector
Brigada de Homicidios Metropolitana

Carolina Sotelo Moyano
Profesional
Instituto de Criminología

Gonzalo Hevia Lepeley
Profesional
Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales
CAVAS Metropolitano

CIPER



CIPER

El presente estudio fue confeccionado y dirigido por:

Francisco Ceballos Espinoza
Comisario
Jefe Fuerza de Tarea Sename
Psicólogo
Mg. en Psicología Jurídica y Forense
Instituto de Criminología (PDI)

Co-investigadores

Carolina Sotelo Moyano
Profesional
Psicóloga
Mg. en Psicología Clínica
Instituto de Criminología (PDI)

Gonzalo Hevia Lepeley
Profesional
Trabajador Social
CAVAS Metropolitano (PDI)

Colaboradores

Ma. Javiera Catalán Rubio
Socióloga
Jefatura Nacional de Gestión Estratégica (PDI)

Yasna Guerrero Morales
Psicóloga
Mg. en Ciencias Sociales
Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales (PDI)

Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales

Jefatura Nacional de Delitos Contra los DD.HH. y las Personas

Fuerza de Tarea Sename

Instituto de Criminología

Brigada Investigadora de Delitos Sexuales Metropolitana

Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales Regionales

Brigadas Investigadoras de Homicidios Regionales



CIPER

TABLA DE CONTENIDOS



TABLA DE CONTENIDOS

CIPER



CIPER



Investigar está en nuestro ADN

CIPER

CIPER



ÍNDICE DE TABLAS

CIPER





ÍNDICE DE FIGURAS





CIPER

PRESENTACIÓN

A raíz de la mediatización del fallecimiento de la niña Lissette Villa Poblete, hecho ocurrido el día 11 de abril del año 2016 al interior del Centro de Administración Directa (en adelante CREAD) Galvarino en Santiago, los medios de comunicación hicieron público otros fallecimientos de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) ocurridos en centros de protección que funcionaban bajo una línea residencial dependiente del Sename. Esta situación llevó a que congresistas solicitaran formalmente -a Sename- transparentar la cantidad de niños fallecidos al interior de los establecimientos dependientes del señalado servicio. La inconsistencia en las cifras entregadas y la demora en la entrega de información, generaron un escenario social que llevó al Ministerio Público a conformar un equipo especial dedicado a investigar la situación existente tras tales fallecimientos, de manera tal, de establecer -o descartar- la existencia de hechos constitutivos de delito frente a cada fallecimiento, a su vez, establecer de manera precisa la cantidad de niños que -al momento de su deceso- se encontraban bajo la tutela del Estado.

Así, con fecha 04 de agosto del año 2016, a solicitud del Fiscal Regional de Los Lagos Marcos Emilfork Konow, sobre quien había recaído la designación de fiscal preferente para investigar el denominado "Caso Sename", la Policía de Investigaciones de Chile creó formalmente un equipo de investigadores con dedicación exclusiva a la investigación de los fallecimientos reportados durante los últimos 10 años (1313 muertes [878 correspondientes a niños, niñas y/o adolescentes]). Este equipo, a cargo del Comisario Francisco Ceballos Espinoza del Instituto de Criminología, se encuentra compuesto por diez Investigadores Policiales de distintas áreas de especialización (Criminología, Homicidios, Delitos Sexuales e Investigación Criminal), a quienes, más tarde, se sumaría la cooperación de dos profesionales, una psicóloga del Instituto de Criminología y un trabajador social del Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS) quienes se han encontrado abocados al análisis de las fichas psicosociales y la evaluación de la pertinencia de los procesos de intervención tras cada NNA en investigación. Este trabajo investigativo ha sido desarrollado en directa coordinación y apoyo técnico especializado del Laboratorio de Criminalística Central (LACRIM), el Departamento de Medicina Criminalística (DEMECRI) y la Brigada Investigadora de Delitos Económicos (BRIDEC), cada uno de ellos dentro del área de su competencia. Tal modalidad de trabajo, responde a los requerimientos metodológicos propios de una investigación de alta complejidad y, por lo mismo, resultó necesario investigar desde una lógica multidisciplinar e inter-operativa que permitiera asegurar altos estándares de calidad, tanto, para la propia investigación como para la generación de medios de pruebas que respondieran a las necesidades y requerimientos probatorios exigidos por el sistema judicial en Chile.

En este contexto investigativo, se obtuvo información que daba cuenta de graves deficiencias dentro del funcionamiento estructural de los centros, tales como infraestructura,

CIPER



recursos humanos, cuidado y salud de los residentes. Este antecedente, llevó a los investigadores a prestar atención en aquellos elementos que fueron reiterándose en los distintos centros a lo largo del país. De esta forma, y ante la necesidad de homologar la información recogida para cada centro, se construyó una pauta de investigación la cual fue socializada con investigadores de todas las Brigada Investigadoras de Delitos Sexuales del país, en una jornada de trabajo realizada en la Escuela de Investigaciones Policiales de la PDI en noviembre del año 2017, luego de la cual, con fecha 07 de noviembre del año 2017, a partir del Oficio FR N°273/2017 de la Fiscalía Regional de Los Lagos, se solicitó a la Policía de Investigaciones de Chile concurrir a cada uno de los centros dependientes del Sename (Centros Residenciales Especializados de Administración Directa [CREAD], centros pertenecientes a Organismos Colaboradores Acreditados [en adelante OCA] y Centros de Internación Provisoria y Centro de Regimen Cerrado [en adelante CIP-CRC]), con el fin de indagar el funcionamiento de cada uno de ellos y las condiciones de habitabilidad y cuidados en los cuales se encontraban los residentes (e internos), teniendo como base la aplicación de la pauta investigativa.

Como parte del levantamiento de información, se recogieron testimonios -en cada recinto al cual se concurrió- entrevistando al director o encargado del centro, integrantes de la dupla psicosocial y los encargados del área de la salud, considerados actores claves en el funcionamiento de las residencias. Además, con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, los oficiales investigadores tuvieron a la vista diversos documentos propios de la residencia, tales como: el proyecto que autoriza el funcionamiento del programa, el listado de trabajadores y funciones que cumplen, protocolos de la residencia, informes de supervisión de Sename e informes de supervisión del Juzgado de Familia, así como también cualquier otra documentación existente en los centros que permitiera verificar la información proporcionada por el personal entrevistado.

Conforme a los antecedentes obtenidos a nivel nacional, por parte de la Fuerza de Tarea Sename y las diferentes Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales del país, se generó un Informe Policial que contiene la investigación de 240 centros residenciales dependientes del Sename (de los 241 existentes en el país durante el último bimestre del año 2017). Por cada uno de los centros visitados se realizó un informe policial, donde se registró la caracterización de estos, de la población residente, los aspectos funcionales del centro, aspectos relativos al área de salud y a la infraestructura, además del recurso humano e información relativa al control y supervisión realizado tanto por parte de Sename como por parte de los Tribunales de Familia. Esta indagatoria, única en la historia de la infancia en Chile, incluye -por primera vez- la investigación de la totalidad de los centros existentes a nivel nacional; ya que, estudios realizados anteriormente en el país, solo han considerado una muestra aleatoria de centros, dado el dificultoso trabajo que significa abordar la compleja distribución territorial de las residencias a lo largo del país; considerando -además- las

CIPER



distancias existentes entre estos establecimientos, algunos de ellos, situados en comunas alejadas de las capitales regionales.

El reporte final está conformado por 28 tomos (5 tomos de Informe Policial y 23 tomos de anexos que incluyen los informes policiales de los 240 centros visitados); cuyos resultados obtenidos, presentan una relevancia tal, que hicieron necesario dar cuenta de ello a las autoridades de gobierno competente como conocimiento y evidencia útil para la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas basadas en la evidencia. De esta forma, el 06 de junio del año en curso y, a la luz de la información obtenida a partir de estas diligencias, el Ministerio Público, mediante el Oficio Reservado FR N°137/2018 solicitó a la Fuerza de Tarea Sename de la Policía de Investigaciones de Chile, *"(...) generar un completo informe que contemple un análisis y estudio de los hallazgos obtenidos en relación con el cuidado y preservación de la vida e integridad física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la tutela del Estado…"*

Para dar cumplimiento a lo anterior, se sumaron a la Fuerza de Tarea Sename, otros profesionales del área de las ciencias sociales: una psicóloga de la Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales (JENADES) y una socióloga de la Jefatura Nacional de Gestión Estratégica (JENAGES). De esta forma, el equipo de profesionales señalados precedentemente, bajo el alero del Departamento de Estudios Criminológicos del Instituto de Criminología, logró confeccionar el presente Informe Nacional de Centros Residenciales Dependientes del Sename (con dependencia directa o que funcionan bajo la figura de organismos colaboradores acreditados), dando cuenta de los principales hallazgos obtenidos durante el proceso de investigación llevado a cabo en el contexto del denominado "Caso Sename", realizando un análisis exhaustivo de los antecedentes obtenidos en la investigación desarrollada por la Fuerza de Tarea Sename con apoyo de las Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales del país, vertidos en el Informe Policial señalado anteriormente, el cual conforma el insumo principal del presente estudio.

CIPER



ANTECEDENTES

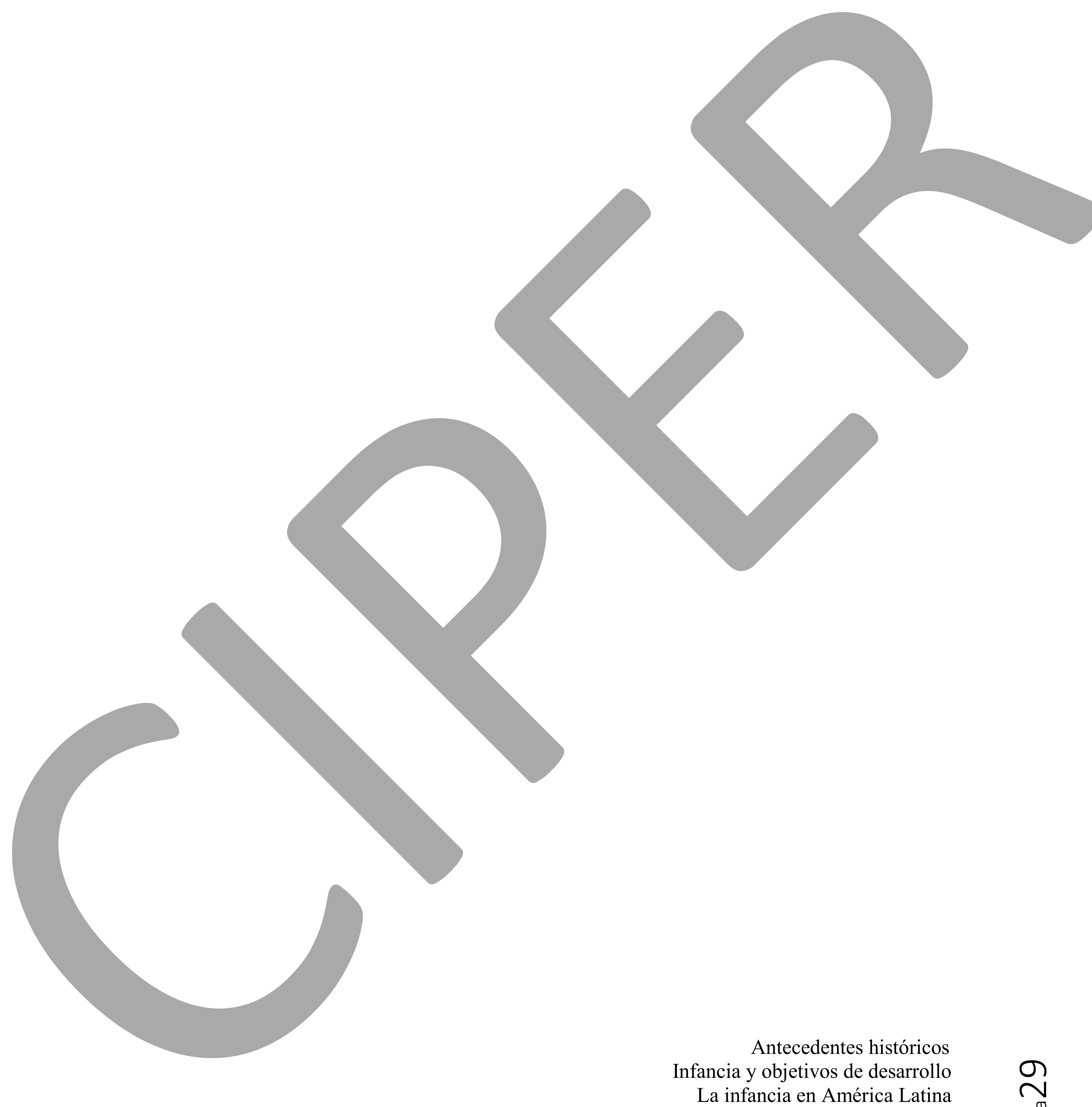
CIPER



CIPER

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INFANCIA



Antecedentes históricos
Infancia y objetivos de desarrollo
La infancia en América Latina
Evolución del concepto de infancia en Chile



CIPER

Evolución Histórica de la Infancia

Antecedentes Históricos

Referirse a la historia de la infancia resulta una tarea compleja. Existe un consenso en reconocer que la presencia de la infancia en la historia de la humanidad se ha constituido como una auténtica *presencia oculta*, lo que dificulta la tarea del historiador de identificar las huellas historiográficas presentes en las distintas épocas del desarrollo de la humanidad. Ello, principalmente porque tiende a confundirse con la historia de los adultos; y, por otro lado, porque -para las sociedades antiguas- el niño no constituía un sujeto de interés, en tanto, era definido desde su utilidad, como el fin que justificaba el matrimonio (Salinas, 2001).

Pese a lo anterior, diversos autores han levantado información histórica que ha permitido reconstruir elementos de comunión y dinámicas sociales que hacen posible plantear un acercamiento al rol de la infancia en las distintas etapas históricas. En la época griega, por ejemplo, la infancia era valorada como ciudadanía de futuro, por lo que cobra importancia su incorporación al mundo educativo. Posteriormente, durante el cristianismo se refuerza el papel de los padres y de las madres, ya que destaca su obligación, por mandato de Dios, de alimentar y enseñar a sus hijos e hijas. Posteriormente, en la edad media, los niños

y niñas, cuya época infante acababa a los siete años, eran considerados propiedad privada de los padres; y, a partir de esa edad, los niños eran obligados a trabajar la tierra al servicio del señor feudal. En el renacimiento, en tanto, se registró una mayor valoración de la niñez; y, por tanto, de su educación, iniciándose la institucionalización de la infancia a partir de su asistencia a las escuelas. Los poderes públicos, por su parte, supervisaban la mendicidad de los niños y las niñas. Luego, en el liberalismo, se inicia un proceso de reconocimiento de derechos mediante diversas revoluciones que proclamaron la necesidad de la aceptación y defensa institucional de los derechos humanos. Estas insurrecciones solían acompañarse de una filosofía de ayuda a los demás, orientada -principalmente- hacia la beneficencia y la filantropía. Asimismo, se empieza a considerar al Estado como el responsable último de garantizar estos derechos. No obstante, llegado el siglo XIX, los niños y niñas de las clases más pobres presentaban duras condiciones de vida y de trabajo. Esta situación trae consigo el surgimiento -en distintos países- de los denominados movimientos "salvadores de los niños", cuyo objetivo era la reeducación de menores marginales que ocasionaban problemas a la sociedad de la época. Con la beneficencia nacen diferentes instituciones de ayuda destinadas a facilitar las condiciones de vida de quienes estaban en una situación de mayor pobreza y, por lo tanto, también a la infancia desfavorecida de esa época, creándose las primeras casas de maternidad y socorro para niños y niñas pobres mayores de seis años.

A partir del siglo XX, se configura un nuevo concepto social de infancia, los niños - y especialmente las niñas-, eran considerados parte de la ciudadanía que presentaba necesidades específicas, por lo que se exigió que -a su vez- debían tener una serie de derechos, también específicos. Se asumió, por tanto, que durante la infancia los seres humanos son mucho más vulnerables que en edad adulta, por lo que es preciso una mayor protección por parte de las instituciones competentes. Ya, a finales del siglo XX, los niños y las niñas empiezan a contemplarse como un grupo social, con una serie de derechos reconocidos a nivel internacional, siendo sujeto de derechos y no objeto de los mismos. La Convención sobre los Derechos de la Infancia reconoce, por primera vez, que durante la infancia se mantienen la calidad de ciudadanos y ciudadanas sujetos de pleno derecho; y, que entre sus derechos está la participación social.

Esta participación histórica de los niños y niñas, permite sostener que la infancia -como constructo categorial propiamente dicho- es un concepto que, como muchos otros, deviene de un proceso histórico que lo construye, el cual surge -precisamente- dentro de procesos sociales y en un contexto particular dentro de la historia de la humanidad. Al respecto, existe consenso en determinar que el concepto acabado de infancia tal como se entiende en la actualidad, no se establece sino hasta la modernidad. Con anterioridad a ello, no se reconocía la infancia como parte del ciclo vital como una etapa con características y cualidades propias (De Mause, 1994); de tal manera que, no es hasta el siglo XX, en que comienza la denominación de lo que se conoce como concepto moderno de infancia, cuando,

CIPER



debido a los estragos de ambas guerras mundiales, se ingresa a una nueva era jurídico-política del concepto, que produce, progresivamente avances en la lucha de protección y promoción de los derechos de esta etapa del desarrollo humano. Para Gaitán (1999): "(…) el descubrimiento de la infancia y la adolescencia es de origen reciente, se consolida en las clases medias desde la segunda mitad del siglo XIX y se difunde entre las clases trabajadoras en el siglo XX, con ayuda de los Estados de Bienestar" (p. 334). En este contexto, las situaciones de vulnerabilidad presentes en la vida de los niños y niñas no era tema de preocupación social, en tanto, tales conductas correspondían al mundo privado; y, por lo mismo, naturalizadas y aprobadas como parte de la realidad histórica y social de la época. En tal sentido, para el mismo autor, la constante transformación de los contextos sociales, los aspectos legislativos relativos a los derechos humanos y la preocupación de la sociedad hacia la infancia, fueron contribuyendo a generar un espacio social donde se reconociera la importancia de la infancia para la modernización de los países, así como también, promoviendo una mejora progresiva a las condiciones de vida y sociales, por lo que: "estudiar la infancia en un momento y en un lugar determinado equivale a estudiar conexiones entre condiciones: de vida, sociopolítica, económicas, tecnológicas, desarrollos y cambios en la sociedad" (p. 332).

Bajo esta lógica, se entiende que el concepto de infancia no responde a la definición de un fenómeno natural, sino que, a una construcción social que se ha ido transformando conforme a la historia de la sociedad y a los elementos culturales presentes en las relaciones entre los niños y los adultos, conviviendo dos visiones en este tránsito histórico; aquella que obedece a una perspectiva tradicionalista en el margen de la dependencia y necesidad de protección de unos individuos sobre otros; y, la otra, que corresponde a un paradigma moderno donde el niño es visualizado como un actor pleno de derechos y que también exige responsabilidades desde una perspectiva de ciudadanía. De esta forma, la infancia, sería una construcción social producto de un proceso dialéctico de generación de sentido, donde se le otorga -a este concepto- un significado que la posiciona como si fuese un hecho objetivo, internalizado en primera instancia a través de la socialización y luego a través de la reproducción transformada por la conciencia. Así, la imagen que se tiene de la infancia -en la mayoría de los países- dice relación con una etapa de preparación y aprendizaje, de dependencia, que necesita ser protegida de los demás; y, en cierto modo, de sí misma. Por ello, como uno de los factores característicos de la infancia y, reflejo de un paradigma mayormente tradicionalista, esta dependencia refiere a aspectos tanto biológicos como psíquicos, así como también implica los factores sociales.

Relativo a lo anterior, Álvarez De Lara (2011), señala que la infancia -conjuntamente con su aspecto conceptual y de reconocimiento social- debe contar con un tratamiento jurídico, en tanto, sujeto de derecho. Así, es posible observar que, conductas naturalizadas

CIPER

en otras épocas históricas, fueron consideradas como actos de transgresión a la norma jurídica y a los derechos fundamentales del niño. El infanticidio es un claro ejemplo de ello, en tanto, constituía una práctica frecuente en Roma; en Grecia, por su parte, se practicaba al punto de exponer la inmolación de infantes en lugares públicos.

En el siglo XX -denominado por algunos autores como el siglo de la infancia- esta temática, y las condiciones de vida relevantes para este grupo social vulnerado en la historia, toma un papel protagónico en la sociedad, aconteciendo diferentes hechos que marcan el inicio de la consolidación del reconocimiento formal de la infancia en el mundo. Posterior a la Primera Guerra Mundial se advirtió la necesidad de brindar especial protección a los niños, constituyendo en Londres, la fundación Save The Children, que tenía por objetivo ir en ayuda de los miles de niños refugiados, desplazados y carenciados en el continente. Esta fundación, en alianza con la Cruz Roja y la Union Internationale de Secours aux Enfants, conformaron lo que se denominó como *Save the Children International Union*, redactándose la primera declaración de los derechos del niño, en el IV Congreso General del día 23 de febrero de 1923, que fue ratificada el 28 de febrero de 1924 en su V Congreso General y la que se aprueba posteriormente por la Sociedad de las Naciones en el mes de diciembre del año 1924[1]. Este antecedente histórico resulta la base de la actual Convención sobre los Derechos del Niño; pues, aunque adolecía de la necesaria especificación, fue la primera vez que eran reconocidos derechos específicos para la niñez de manera formal (Martínez, 2014).

De esta forma, se desarrolla un escenario de mayor preocupación por la infancia, proporcionándole mejores condiciones en ámbitos como la educación, salud, alimentación y protección jurídica. De acuerdo a Álvarez de Lara (2011), la infancia, ha sido un asunto que permanentemente ha estado presente en las agendas internacionales desde el inicio del siglo XX, lo que de alguna forma vendría a explicar el significativo avance en la protección internacional de la niñez, propiciando la creación de organismos dirigidos a ello y la puesta en marcha de programas específicos a favor de la infancia. De esta forma, en 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del

[1] **Declaración de Ginebra sobre los Derechos del niño** (1924).
Por la presente Declaración de los Derechos del Niño, llamada Declaración de Ginebra, los hombres y las mujeres de todas las naciones, reconociendo que la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, declaran y aceptan como deber, por encima de toda consideración de raza, nacionalidad, o creencia que:
Primero: El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual.
Segundo: El niño hambriento debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser atendido, el niño deficiente debe ser ayudado, el niño desadaptado debe ser radicado, el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y ayudados.
Tercero: El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
Cuarto: El niño deber ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier explotación.
Quinto: El niño debe ser educado inculcándose el sentido del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo.

CIPER

Niño (en adelante CDN). Esta Convención se configura como el primer esfuerzo, traducido en un tratado internacional de derechos humanos, que logra estructurar normas universales alusivas a la materia, así como también, se instala como el primer instrumento que permite ejercer una fuerza jurídica obligatoria en la materia de derechos de la niñez (Unicef, 2015). Por otra parte, los Estados que suscriben la CDN adquieren el compromiso de velar por su cumplimiento y por el establecimiento de un sistema para el seguimiento de los avances que se han logrado en los distintos países con respecto a la protección de aquellos derechos y a la promoción del bienestar de los niños (Gaitán, 2015). A pesar de ello, el mismo autor sostiene que, el riesgo de pobreza es mayor para todos los niños -incluidos los que viven en los países ricos- que para el resto de la población; en tanto, su participación efectiva en la vida social se encuentra limitada; y aún, con la presencia de los últimos avances tecnológicos. Lo anterior, no solo amplía su campo de intercambio y conocimiento, sino que también, aumenta la vulnerabilidad de la infancia, por lo mismo, la necesidad de reinventar las formas y modalidades de protección.

Respecto a lo señalado, la edad se constituiría en un eje determinante en la distribución del bienestar y poder en la estructura social, constituyendo los cimientos de la organización social en torno a la cual se asignan responsabilidades y roles. De esta forma, la perspectiva del ciclo de vida constituye una orientación teórica necesaria para estudiar las distintas etapas por las que atraviesan progresivamente las personas a lo largo de su vida, en tanto componen el resultado de la interacción de factores biológicos, relacionales y sociales. En base a lo anterior, resulta necesario analizar la relación entre la situación actual de la infancia y el contexto socio político para comprender el devenir histórico de la misma.

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal, 2014), esta perspectiva permite realizar un análisis que no solo considera la edad y su interacción con otros ejes estructurantes de la desigualdad, sino que, además, permite identificar el encadenamiento de las desigualdades presentes en cada etapa del ciclo vital de las personas y los nudos críticos que, en esas distintas etapas, contribuyen a reproducir la desigualdad social. La misma organización señala que este escenario, estaría condicionado por aspectos históricos y aspectos relativos al contexto de desarrollo de las personas, lo cual implicaría que las desigualdades iniciales, combinadas con desigualdades estructurales de oportunidad, circunstancias históricas y sociales del entorno, afectarían la posibilidad de las personas de adquirir capacidades y acumular recursos a lo largo del ciclo de vida. En virtud de ello, si bien, de acuerdo a la CDN, todos los niños y niñas nacen con los mismos derechos inalienables, no todos logran ejercer esos derechos, ya que su goce efectivo estaría condicionado por su lugar de nacimiento, situación socioeconómica de sus familiares, género, etnia, situación de discapacidad y otros factores, lo que revestiría relevancia, desde

el punto de vista del desarrollo humano, en tanto es en la infancia, donde se sentarían las bases para el desarrollo integral de las personas.

Infancia y Objetivos de Desarrollo

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2016), en su informe sobre el estado mundial de la infancia, reconoce que la inequidad pone en peligro a millones de niños y niñas, calificando la situación actual de la niñez como peligrosa para el futuro de las sociedades; ello, considerando las circunstancias actuales de vulnerabilidad a nivel global. De ahí que, este organismo, señale la relevancia de la inequidad y su efecto en la infancia al privar a determinados niños y niñas de los derechos y las oportunidades básicas que gozan otros, instalando su causa en los factores culturales, políticos y sistémicos que conforman las sociedades y la situación socioeconómica de las personas. Respecto de tal punto, cita lo siguiente:

> Un enfoque equitativo del desarrollo comienza por conocer bien quiénes son los que están rezagados y por qué; por localizar a los niños y niñas que corren el mayor riesgo, y por analizar los determinantes estructurales de la inequidad -por ejemplo, la pobreza, la geografía y la discriminación- y su interrelación compleja. Exige plantearse preguntas difíciles acerca de cómo las políticas públicas deficientes, las prácticas discriminatorias, los sistemas de prestación ineficaces y otros obstáculos impiden a los niños hacer valer sus derechos; y hallar soluciones innovadoras a estos problemas. (p. 7)

A pesar de todos los avances en diferentes aspectos tales como; disminución de la mortalidad infantil, el acceso a la educación, el mejoramiento de la atención en salud para los niño y niñas, entre otros aspectos, que han permitido mejorar la condición de vulnerabilidad de estos sujetos de derecho en situación de riesgo, no se ha logrado un avance aún más significativo en tanto a que este responde a un compromiso político. Por esa razón, los esfuerzos deben apuntar a superar los problemas en torno a la inequidad como la desigualdad a través de un compromiso político y colectivo en concordancia con la CDN.

En relación con lo anterior, se propende a la existencia de un compromiso político y colectivo que permita -para el 2030- disminuir las actuales cifras que presenta el trato hacia la infancia a nivel mundial y que actualmente registra:

- Casi 70 millones de niños y niñas podrían morir antes de cumplir cinco años (3,6 millones solamente antes de 2030).
- Los niños de África Subsahariana tendrán 12 veces más posibilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños de países de altos ingresos.
- Más de 60 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria estarán sin escolarizar (prácticamente el mismo número de los que no van a la escuela hoy en día. Más de la mitad vivirán en África Subsahariana).
- Unos 750 millones de mujeres habrán contraído matrimonio siendo niñas aún.

CIPER



La importancia de una infancia protegida y justa, en derechos como salud, educación, refugio, protección ante peligros, entre otros, tiene un impacto positivo en la estabilidad de las sociedades, por el contrario, cuando ésta no es justa ni protegida genera un peligro claro e inminente para la estabilidad de la sociedad y el futuro de la misma. Estos aspectos están en directa relación con el hecho que, para apuntar hacia un desarrollo sostenible, es preciso asegurar que las próximas generaciones tengan las condiciones óptimas que les permitan sostener tal desarrollo. La estabilidad de las sociedades está en riesgo, tal como lo está el futuro de las próximas generaciones si no se toman las medidas necesarias para asegurar la protección y la disminución de las inequidades que están inscritas en los niños y niñas antes de su nacimiento (Unicef, 2016). De esta forma, la inversión orientada a la situación de los niños y niñas a nivel mundial, permitiría no solo mejorar las condiciones de ellos, sino que también, se traduciría en países con sociedades bajo mayores condiciones de igualdad; y, por tanto, con un mayor desarrollo. Esta visión formó parte de los objetivos de desarrollo del milenio entre los años 2000 y 2015 propuestos por Unicef, donde quedó de manifiesto la relevancia del tratamiento de la materia desde diferentes ópticas y con compromisos transfronterizos, ya que, permiten obtener resultados capaces de generar transformaciones e impactos positivos en los niños y niñas.

La infancia en América Latina

Durante el siglo XXI, en América Latina hubo profundos procesos de cambio tanto a nivel económico como social, lo que provocó transformaciones relevantes en las estructuras sociales, en el escenario de las políticas sociales y en el ámbito de la infancia. En el informe *América Latina a 25 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, se realiza un recuento respecto de la situación de la infancia desde la aprobación de la CDN, donde se reconoce que han existido condiciones favorables para la aplicación y el cumplimiento de la Convención, siendo uno de los principales aspectos la disminución de la pobreza y la desigualdad por ingresos, escenario que se relaciona con el crecimiento económico de la región y con la mejora sustancial en los indicadores laborales registrados a nivel global. Junto a ello, se evidencia avances relativos al cumplimiento del derecho a la vida y a un nivel de vida digno. Sin embargo, a pesar de este progreso en diferentes aspectos; tales como, alimentación, situación sanitaria, seguridad social, trabajo infantil e identificación, aun para el 2013, se visibilizaban importantes déficits, tanto en salud como en educación y protección de la violencia (Cepal, 2014).

Otro de los reportes planteados por la Cepal, respecto del panorama de los niños y niñas en América Latina y el Caribe, da cuenta de una mejora en el desarrollo económico y social con las consecuencias positivas para el bienestar tanto de la población general, como para la población infantil en particular. Pese a ello, se reportan datos que revelan un escenario

CIPER

adverso y la necesidad que la infancia sea una preocupación prioritaria en cada una de las naciones:

- 193 millones de niños y niñas viven actualmente en América Latina y El Caribe.
- 187 niños y niñas menores de 5 años mueren cada año en la región.
- Un niño muere cada 3 minutos, el 52% en los primeros 28 días de vida.
- 5.9 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren desnutrición crónica, principalmente en áreas rurales.
- 3.7 millones de niños y niñas menores de 5 años tienen sobrepeso.
- 24 500 adolescentes de 10 a 19 años son víctimas de homicidio cada año.
- 1 de cada 2 niños y niñas menores de 15 años es sometido a castigo corporal en el hogar.
- 72 millones de niños y niñas de 0-14 años viven en pobreza en América Latina.
- El nacimiento de 2.7 millones de niños y niñas menores de 5 años nunca ha sido registrado.
- 6.3 millones de migrantes son menores de 18 años en las Américas.
- 3.6 millones de niños y niñas están fuera de la escuela primaria.
- 10.4 millones de niños y niñas están fuera de la escuela secundaria.

En lo que respecta a la situación de pobreza de los NNA de la región, para la Cepal (2014), países como Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú, presentarían los mayores indicadores de pobreza infantil (72%), muy por encima de países como: Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador y Uruguay (19.5%). Estos porcentajes dan cuenta, que tanto la pobreza como la pobreza extrema se concentran mayormente en los NNA y jóvenes de la región, lo que se traduce en riesgos para el desarrollo de las personas y de la región. De acuerdo con un análisis basado en algunos de los principales ejes de la desigualdad social, esto afecta de manera desproporcionada a los niños, adolescentes y jóvenes, comprometiendo seriamente sus posibilidades de desarrollo futuro. El mismo organismo señala que para el año 2002, los menores de 15 años se sostenían en una tasa de pobreza mayor a 60%; y, respecto a la pobreza extrema -para el mismo grupo etario- se registraba una situación similar, duplicando la tasa de pobreza de la población general. Para el año 2016, 47 de cada 100 niños/as de 15 años mantenían una situación de pobreza, 17 de ellos, se encontraban en situación de pobreza extrema.

Evolución del Concepto de Infancia en Chile

Los referentes para entender a la infancia tanto en Chile como en Latinoamérica, como señala Garrido (2006), responden en su mayoría, a una descripción estructural de las condiciones socioeconómicas de esta población; o en su defecto, a una estadística sectorizada. Así, el desarrollo histórico de las políticas, en sus inicios, respondían a iniciativas por parte del sector privado que abordaban el tema de la "peligrosidad" en el sentido de aislar a aquellos niños/as abandonados o delincuentes (en situación irregular) de la sociedad como una forma de degradación social, buscando atenuar el conflicto social.

A raíz de las demandas que ejercía la acción privada, lentamente, el Estado de Chile comienza a hacerse cargo de la infancia, poniendo énfasis en el desarrollo de acciones

CIPER

específicas hacia el grupo-objetivo, las cuales se delimitaban en un principio, en una ideología médico-sanitaria y jurídica. Así, durante el siglo XX tanto a nivel global como a nivel local, se desarrolló un gran interés por los temas de infancia, que se evidenció en la proliferación de instituciones sociales, aumentando los gastos gubernamentales y de personal, que tuvieron a los niños y niñas como el centro de las políticas de sociabilización y cultura articulando tres instancias: educación, justicia y salubridad.

En 1920, el gobierno de Arturo Alessandri, legitima un discurso protector de los sectores populares. De este modo, se plantea la caridad pública como una doctrina colaboradora de los servicios que otorga el Estado. Al respecto, Morales (1994), señala que no se trataba de prescindir del concurso individual de la filantropía, sino de conferirle al Estado un rol directriz en materia de asistencia social, de orientación de la acción y de provisión de los medios para adecuar dicha acción al nivel requerido por la necesidad de la sociedad en su conjunto. Es en este periodo en que se funda el Patronato Nacional de la Infancia, asumiendo luego el Estado, su mantención permanente mediante la asignación de un presupuesto. Junto con ello, se instalan diversas instituciones privadas, siendo la más relevante de la época, "Las Gotas de Leche", la cual -desde la beneficencia- se harían cargo de la problemática de la mortalidad infantil.

Para Rojas (2010), el tratamiento de la infancia en el país queda evidenciado en seis claros periodos históricos en el Chile Republicano:

El *primer periodo*, que incluye desde 1800 a 1840, se desarrolla un concepto de infancia que responde a una sociedad tradicional. Esta etapa se caracterizaba por la existencia de una alta mortalidad infantil, la falta de un sistema escolar que permitiera la socialización de los niños. Asimismo, "a partir de mediados del siglo XIX comenzaron a acentuarse éste y otros cambios (…), la apertura comercial, los nuevos patrones culturales y la aparición de una pujante nueva clase alta acompañaron este proceso" (p.10).

En el *segundo periodo*, comprendido entre los años 1840 a 1890, la infancia se desarrolla dentro de un Estado liberal. El incipiente escenario de cambios y modernización del país; y, con ello, el auge del liberalismo, permitió que los nuevos escenarios culturales -que acompañaban los cambios sociales, políticos económicos- repercutieran en los niños de las clases acomodadas, así como también de los demás estratos. Si bien, en este periodo, la tasa de mortalidad seguía siendo un aspecto considerable en la sociedad, comenzaron a existir cambios en la educación de los niños de escasos recursos, bajo una perspectiva progresista apoyada en el orden social. Para esa época, el Estado tenía un papel menos protagónico en comparación al sector privado, lo que tuvo como resultado que la mayoría de las obras sociales fueran realizadas por este sector.

CIPER

El *tercer periodo* comprendido entre los años 1890 a 1920, presenta una infancia que se desarrolló en una sociedad en crisis, de ahí que no se observaran cambios sustantivos respecto al mejoramiento progresivo de acciones orientadas a la niñez por parte de la institucionalidad.

El *cuarto periodo*, comprendido entre los años 1920 y 1950, visibiliza un rol protagónico del Estado que abarca diferentes ámbitos, siendo uno de estos, la expansión económica, frenada por la crisis económica de 1929. En relación con el *penúltimo periodo*, que va desde 1950 a 1973, donde la infancia se desarrolla en una etapa de reforma y revolución, se especifica que fue una época caracterizada por tensiones sociales y políticas, sin embargo, tuvo una perspectiva propositiva respecto a la temática de la infancia. Asimismo, será a partir de 1972 que emerge con fuerza la idea de definir una política social de carácter global, orientada a remediar y prevenir la irregularidad social de los niños/as, emergiendo la idea de regular jurídicamente las relaciones del niño/a con su familia, y en particular con sus padres, constituyéndose en una constante.

Según lo anterior, se puede señalar que el Estado Benefactor se fue transformando en política pública, aun cuando a partir de 1973, se experimente un quiebre en la continuidad histórica que habían tenido el desarrollo de las políticas sociales en Chile desde principios de siglo, las que tuvieron como denominador común la incorporación de aquellos sectores sociales que hasta ese entonces se encontraban excluidos (Dávila, 1999). De esta forma, la situación de la infancia desde la perspectiva de la política pública, seguía estando asociada a una mirada jurídica, donde el paradigma del niño, en situación irregular, tiende a predominar, en el ámbito de la intervención del Estado, por sobre aquella perspectiva en la que la infancia es considerada como un sujeto pleno de derechos.

A fines de la década del ’70 se creó el Servicio Nacional de Menores (Sename), cuya responsabilidad se enfocaba en la atención, por sí mismo o a través de otras instituciones, de los niños, niñas y/o adolescentes enviados por Tribunales, a objeto de hacer cumplir las medidas que este organismo judicial decretaba. Dada esta vinculación, el Sename quedó bajo la dependencia del Ministerio de Justicia, responsable de implementar la política pública en este ámbito de acción. A partir de esta institucionalidad, las políticas públicas se enfocaron en el cumplimiento de la Convención de Derechos del Niño, dando cuenta el apego del estado hacia los Derechos Humanos, bajo la idea del “interés superior del niño”, experimentándose avances en lo que posteriormente ha sido denominado como cambio de paradigma, registrándose una transición conceptual de infancia deficitaria -en que se considera al niño como un objeto de protección- hacia un modelo de protección integral, en la que este actor social, se constituye y define desde un estatus de ciudadanía.

Otro cambio importante en este periodo, dice relación con la institucionalidad a cargo de desarrollar la política de infancia, la que, desde una lógica de Estado subsidiario, otorga a

CIPER



la iniciativa privada, la responsabilidad de llevar a cabo este cambio de paradigma, intentando generar un cambio social respecto de este grupo vulnerable, mediante una intervención psico-socio- jurídica, mediatizada por el mercado, a través del pago de subvenciones, sujeta al logro de metas y coberturas creando para ello, las denominadas instituciones colaboradoras del Sename.

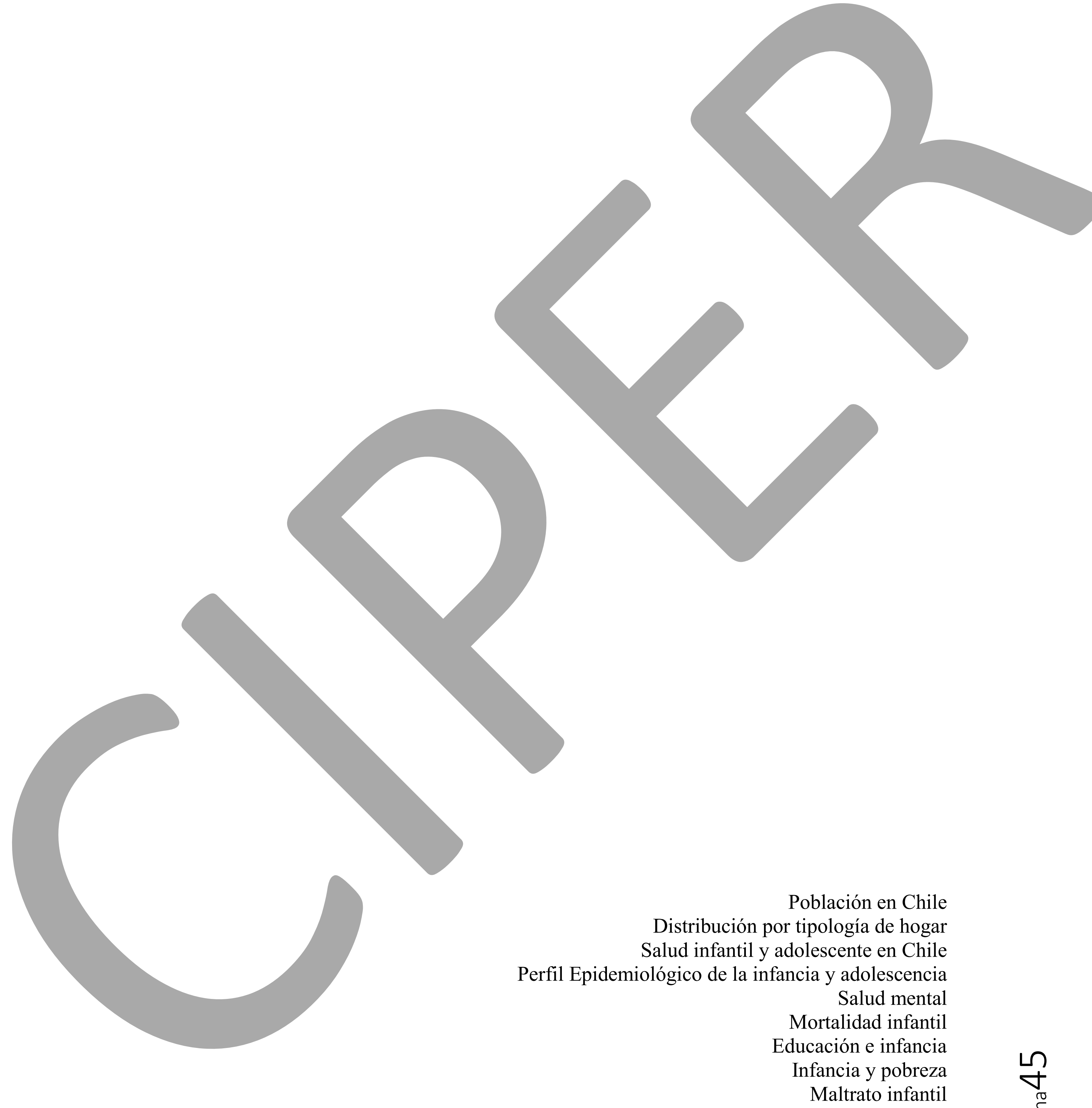
CIPER



CIPER

CAPÍTULO 2

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y VITAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN CHILE



Población en Chile
Distribución por tipología de hogar
Salud infantil y adolescente en Chile
Perfil Epidemiológico de la infancia y adolescencia
Salud mental
Mortalidad infantil
Educación e infancia
Infancia y pobreza
Maltrato infantil



Información Sociodemográfica y Vital de la Población Infantil en Chile

Población en Chile

De acuerdo a los resultados oficiales del último Censo realizado en Chile (INE, 2017) referentes a población, vivienda, sexo y edad de los habitantes del país, la población chilena alcanza a 17.574.003 habitantes, de los cuales 8.972.014 de la población total son mujeres (51.1%) y 8.601.989 son hombres (48.9%). La población comprendida entre los 0 a 14 años de edad corresponde a 3.523.750 habitantes. De ellos 1.798.035 son hombres y 1.725.715 son mujeres. Por su parte, la población comprendida entre los 0 a 19 años de edad corresponde a 4.768.447 habitantes. De ellos, 1.815.978 son hombres y 1.742.280 son mujeres. Un desglose de lo anterior, permite establecer la siguiente población para cada rango etario:

- 00 – 04 años 1.166.146 habitantes
- 05 – 09 años 1.210.189 habitantes
- 10 a 14 años 1.147.415 habitantes
- 15 a 19 años 1.244.697 habitantes



A nivel nacional, la distribución de la población entre 0 y 14 años presenta los siguientes resultados en la Tabla 1:

Tabla 1

Distribución de la población entre 0 y 14 años

REGIÓN	HOMBRES 0 – 14 AÑOS	MUJERES 0 – 14 AÑOS	TOTAL
Arica y Parinacota	25.060	24.150	49.210
Tarapacá	39.484	37.719	77.203
Antofagasta	65.116	62.746	127.862
Atacama	33.559	32.063	65.622
Coquimbo	83.860	80.471	164.331
Valparaíso	176.459	169.672	346.131
Metropolitana	703.197	674.529	1.377.726
O'Higgins	97.100	92.670	189.770
Maule	108.844	104.441	213.285
Biobío	208.971	200.392	409.363
Araucanía	101.925	97.947	199.872
Los Ríos	39.189	37.879	77.068
Los Lagos	87.709	84.468	172.177
Aysén	11.855	11.348	23.203
Magallanes	15.707	15.220	30.927
Total	1.798.035	1.725.715	3.523.750

Fuente: INE, 2017

Por otra parte, es posible apreciar -en la Tabla 2- que, al comparar los resultados del último censo validado en el país con los resultados obtenidos en el censo anterior, realizado el año 2002, se observa una constante disminución de la cifra de habitantes menores de 15 años y un aumento de la cantidad de adultos mayores (65 y más años).

Tabla 2

Comparación de población infantil y adulta (2002 y 2017)

FUENTE	0 - 14 AÑOS	15 - 64 AÑOS	65 Y + AÑOS
Censo 2002	25.7%	66.2%	8.1%
Censo 2017	20.1%	68.6%	11.4%

Fuente: INE, 2017

De acuerdo a la síntesis de los resultados en el ítem "Infancia y adolescencia", la población entre 0 a 17 años ha tenido un constante decrecimiento en el país desde el año 2000, donde se observa que, en ese año, la población de personas de 0 a 17 años alcanzaba un 32.6 % y en el año 2015, esta población había disminuido, abarcando el 24.9% de la población total (ver Tabla 3).

CIPER

Tabla 3

Distribución de la población de 0 a 17 años de edad.

AÑO	POBLACIÓN	%
1990	4.460.615	34.4%
1996	4.854.032	33.7%
2000	4.932.469	32.6%
2006	4.720.617	29.2%
2009	4.501.649	27.1%
2015	4.369.035	24.9%

Fuente: INE, 2017

De acuerdo a la Encuesta Casen (2015), en el año 1990, el 64.7 % de los hogares encuestados tenían personas de 0 a 17 años. Por el contrario, este valor disminuye en el año 2015, donde el 47.7% de los hogares encuestados tenían NNA en este rango etario. Esto, podría explicarse por una baja natalidad y el aumento de la población de 15 años y más, fenómeno que registra un aumento sostenido desde el año 1990. En este mismo aspecto, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2015) informó que el número de nacimientos en el país disminuyó 2.5% durante 2015 en comparación con el año anterior, al registrarse un total de 244.670 nacimientos. De ellos, un 50.9% correspondió a hombres (123.402 nacidos vivos inscritos) y un 49%, a mujeres, (118.585 nacidos vivos inscritos). Las regiones que más aportaron al total nacional fueron la Metropolitana, con un 41.3%; Biobío, con un 10.9%, y Valparaíso, con un 9.6%.

Por otra parte, de acuerdo a los nacidos vivos inscritos según edad de la madre, se registran 852 nacidos vivos en el año 2015 en madres menores de 15 años, correspondiendo el 0.3% de la población total de nacidos y 29.454 nacidos de madres entre 15 y 19 años de edad correspondiente al 11.7% de la población total de nacidos en Chile. La tasa bruta de natalidad del año, o el número de nacimientos por cada mil habitantes, también descendió, pasando de 14.2 en el año 2014 a 13.6 el año 2015. A nivel regional, la cifra más alta se presentó en Tarapacá (17.1) y la menor, en Los Ríos (11.6). Del mismo modo, la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número promedio de hijos por mujer, bajó de 1.9 niños en 2014 a 1.8 en 2015, cifra que está por debajo de la tasa de reemplazo (2.1 hijos promedio por mujer), que es el valor que permite asegurar el reemplazo generacional. Sin embargo, nueve de las quince regiones, existentes a esa fecha, presentaron niveles de fecundidad superiores al promedio nacional: Arica y Parinacota (1.90), Tarapacá (2.26), Antofagasta (2.13), Atacama (1.97), Coquimbo (1.90), O'Higgins (1.86), Maule (1.82), Los Lagos (1.83) y Aysén (1.82). Aquellas regiones con niveles menores al promedio nacional fueron: Valparaíso (1.74), Metropolitana (1.77), Biobío (1.67), La Araucanía (1.74), Los Ríos (1.52) y Magallanes y la Antártica Chilena (1.78).

CIPER

Distribución por tipología de hogar

Respecto a la distribución de la población de 0 a 17 años, de acuerdo a la Encuesta Casen (2015), el 47% de la población de este rango de edad vive en una familia nuclear biparental, es decir, viven en familias compuestas por un (a) jefe (a) de hogar, su cónyuge o conviviente comparado con el año 2006 que la cifra en este rango etario alcanzaba a un 53.9%.

El segundo tipo de constitución familiar existente en el país en la población NNA, es del tipo familia extensa o compuesta biparental, es decir, el 22.9 % de los niños, niñas y adolescentes del país, viven con un (a) jefe (a) de hogar, su cónyuge o conviviente, con o sin presencia de hijos o hijastros, y al menos otro pariente. Otra observación importante a destacar es que desde el año 2006, prácticamente se ha duplicado los NNA de 0 a 17 años que viven en familias nucleares monoparentales, es decir, familias constituidas solamente por el/la jefe (a) de hogar con sus hijos, alcanzando a un 14.4% de la población total del rango etario.

Tabla 4

Distribución de la población de 0 a 17 años según tipo de hogar (2006 – 2015)

AÑO/TIPO DE HOGAR	HOGAR UNIPARENTAL	HOGAR SIN NÚCLEO	FAMILIA NUCLEAR BIPARENTAL	FAMILIA NUCLEAR MONO-PARENTAL	COMPUESTA BIPARENTAL	COMPUESTA MONO-PARENTAL
2006	0.0	1.6	53.9	7.8	25.1	11.6
2013	0.0	1.7	47.6	14.4	22.4	13.9
2015	0.0	1.5	47.1	14.4	22.9	14.0

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen (2006-2015)

Salud Infantil y Adolescente en Chile

De acuerdo a la Encuesta Casen (2015), se estima que sobre el 76% de los NNA de 0 a 17 años estaría inscrito en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), para la población adolescente (14 a 17 años), en tanto, se estima en un 80.2% está adscrito a Fonasa. En cuanto a la salud infanto-adolescente en Chile, la transición demográfica, el desarrollo socioeconómico y los avances en materia de educación y atención sanitaria, han generado conjuntamente un cambio del perfil epidemiológico en la población chilena, caracterizado por el incremento en la esperanza de vida, el aumento de la proporción de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. En las últimas décadas, Chile ha vivido una rápida transición epidemiológica y demográfica, paralelamente han ocurrido una serie de cambios sociales, en la estructura familiar y en los estilos de vida, han variado las edades y causas de morbilidad y muerte de la población. De la desnutrición, trastornos gastrointestinales e infecciones se ha transitado a la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, las conductas de riesgo y a los trastornos en la esfera de la salud mental (Salinas & Vio, 2002). El nacimiento de un menor número de niños por familia,

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

sumado al mayor acceso a la salud, educación e información, han aumentado las exigencias y expectativas en relación al desarrollo y oportunidades de cada uno de los niños y niñas. (Schonhaut & Roque, 2016).

Perfil epidemiológico de la infancia y adolescencia

Desde el año 2000, se ha desarrollado en Chile -a través del Ministerio de Salud- una estrategia para recopilar datos traducida en encuestas periódicas orientadas a obtener información que permita levantar estadísticas de salud de la población chilena, así como sus determinantes sociales estructurales e intermediarios. Pese a ello, no existen instrumentos enfocados en recabar información respecto de la proporción de lactantes de 0 a 5 años que se alimentan de lactancia materna exclusivamente, proporción de NNA de 0 a 17 años diagnosticados por algún tipo de psicopatología (depresión), suicidios de NNA de 0 a 17 años, cobertura de programa de salud adolescente, cobertura de programas de atención primaria de salud, acceso a programas de tratamiento especializado y salud sexual, cantidad de NNA que utilizaron preservativos en su última relación sexual, prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 y 24 años, prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, así como la cantidad de centros de atención especializados en adolescentes (Observatorio Niñez y Adolescencia [ONA, 2016]). En virtud de lo anterior, solo se maneja una información parcial, correspondiente al registro de los niños, niñas y adolescentes que se controlan en los establecimientos públicos del nivel primario de salud, ya sea a través de los resúmenes estadísticos mensuales (REM) o registros de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb), así como en diversos ministerios y agencias públicas que abordan aspectos específicos de la infancia (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, y Ministerio de Desarrollo Social, entre otros). No obstante, en estas fuentes de información no se abordarían aspectos biomédicos de morbimortalidad, así como tampoco aspectos biopsicosociales y/o de la calidad de vida que pudieran afectar la salud de niños, niñas y adolescentes.

El Observatorio Niñez y Adolescencia (2016) reportó que 229 mil 904 NNA de 2 a 17 años, se encuentran afectados por alguna situación de discapacidad; de ellos, un 11.4% presenta mudez o dificultad en el habla, un 10.4% padece discapacidad asociada a dificultad mental o intelectual, y un 9.6% sufre dificultades físicas o de movilidad, siendo minoritario el grupo que padece discapacidades asociadas a dificultades psiquiátricas (2.6%). Al observar la situación de discapacidad de acuerdo a los distintos tramos de edad, es posible afirmar que proporcionalmente, la primera infancia es afectada en mayor medida, ya que un 6.4% de los niños y niñas menores de 5 años se encuentra en esta situación.



Tabla 5

Distribución de la población con discapacidad según edad (2 a 17 años)

SITUACION / EDAD	2 a 5 años	6 a 13 años	14 a 17 años
Sin situación de discapacidad	93.6 %	93.7%	95.6%
En situación de discapacidad	6.4%	6.3%	4.4%

Fuente: SENADIS, 2015

El mismo observatorio reportó que, al desagregar las cifras por sexo, la situación de discapacidad tiene mayor prevalencia en hombres (7.2%) que en mujeres (4.4%) de 2 a 17 años, problemática que presenta variaciones en las distintas regiones, particularmente en regiones extremas como Arica, donde se observa un alto porcentaje de residentes hombres en situación de discapacidad (12.8%), y en Magallanes donde las afectadas son principalmente mujeres (14.4%). En términos territoriales, en tanto, se informó que, en las regiones de Arica, Metropolitana y O'Higgins, el porcentaje de niños y adolescentes con discapacidad supera el 9%. Asimismo, un 14.4% de las niñas y jóvenes que viven en la Región de Magallanes presentan algún grado de discapacidad.

Salud mental

Los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país (Minsal, 2018), un 23.2% de los años de vida ajustado por discapacidad o muerte (AVISA[2]) está determinado por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años un 30.3% del AVISA se debe a estas condiciones, indicador que se incrementa a un 38.3% entre los 10 a 19 años.

De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012), en un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantil chilena reportaron una mayor prevalencia de trastornos afectivos en aquellos niños y niñas con historia de abuso sexual, psicopatología familiar, y los que vivian con un solo progenitor -o con otras personas- en comparación con

[2] AVISA es la sigla utilizada por el servicio de salud que hace referencia al indicador de los años de Vida Ajustados por Discapacidad utilizado para estimar la carga de enfermedad para Chile. Se trata de un indicador compuesto, que utiliza información epidemiológica de mortalidad y morbilidad nacional, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM [componente de mortalidad]) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD [componente calidad de vida]). En términos concreto, el AVISA para una causa específica, corresponde a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) por esa causa específica, sumado a los años de vida vividos con discapacidad (AVD) para los casos incidentes, de la misma causa específica (AVISA = AVPM + AVD). De esta forma, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios (Minsal, 2008).

CIPER

el grupo que no presentaba estos antecedentes. Así mismo, el maltrato, los antecedentes de abuso sexual y vivir con un solo padre o con otras personas, aumentaron el riesgo de padecer trastornos disruptivos. Finalmente, el mismo equipo investigador encontró que vivir bajo la línea de la pobreza y la deserción escolar se relacionaron con mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias. En esta misma línea, el Plan Nacional de Salud Mental (Minsal, 2018), indica que niños(as) de 4 a 11 años presentan mayor prevalencia en cualquier trastorno mental en comparación con el grupo de 12 a 18 años (27.8% versus 16.5%), dentro de la cual el trastorno por déficit atencional/hiperactividad presenta mayor prevalencia en este grupo etario (15.5%). El mismo informe, precisa que los problemas y trastornos mentales afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes y a las mujeres, asi como también, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios, constatando que presentan un inicio temprano en la vida (27.8% presentan algún tipo de trastorno entre los niños y niñas de 4 a 11 años).

De acuerdo a la encuesta Casen (2015), la pobreza infantil es un factor de riesgo para enfermedades mentales a lo largo de la vida. En Chile, el 18.2% del grupo comprendido entre los 0 y 17 años vive con algún diagnóstico en esta área de la salud. Por su parte, el grupo de adolescentes entre 12 y 18 años presenta una prevalencia del 16.5% en cualquier trastorno mental, siendo los más frecuentes, los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7.4%) y los trastornos depresivos (7%). Por otra parte, aunque el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (Minsal, 2018), señala que, si bien el suicidio no es una enfermedad mental, uno de sus principales factores de riesgo es la presencia de un trastorno mental, reportando -para el grupo situado entre los 10 a 14 años- una tasa de suicidio de 0.96 el año 2000, la que aumentó a 2.15 por cada 100 mil habitantes en el año 2008. Para el grupo adolescentes de 15 a 19 años, en tanto, se registró un aumento en la tasa de suicidio de 8.6 a 12.9 por cada 100 mil habitantes durante el mismo periodo, la cual descendió gradualmente -en ambos grupos- hasta 1.71 y 8.17, respectivamente, durante el año 2014.

Estas cifras tendrían relación con el considerable aumento de conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, tales como conducta sexual riesgosa, consumo problemático de drogas, alcohol, tabaco, alimentación poco saludable, sedentarismo y estados depresivos (Minsal, 2013; OCDE, 2011). En relación con el consumo de alcohol, en población escolar chilena se observan tasas de consumo de 35.6% en hombres y 35.7% en mujeres durante el mes. Entre los escolares que admitieron algun tipo de consumo, el 60% reportó haber bebido 5 o más tragos por vez. El 37% de los escolares ha consumido marihuana alguna vez en la vida y casi el 19% en el último mes. Este indicador ha mostrado una tendencia sostenida al alza desde el año 2005 (Servicio Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2016). El

CIPER

consumo de cocaína y pasta base en escolares ha mostrado tendencias estables desde 2001, llegando a una prevalencia de vida de 6% y 4% respectivamente (Minsal, 2013).

Tabla 6
Trastornos Psiquiátricos en Población Infanto-Juvenil

TRASTORNO	TOTAL %	HOMBRES %	MUJERES %	4-11 AÑOS %	12-18 AÑOS %
Trastornos Ansiosos	18.5	13.8	23.5	21.0	15.7
Fobia Social	5.5	2.9	8.2	5.9	5.1
Trastorno de Ansiedad Generalizada	8.2	6.2	10.3	8.0	8.4
Trastorno de ansiedad por separación	10.2	7.3	13.1	13.4	6.5
Trastornos Afectivos	6.1	3.7	8.6	3.8	8.6
Trastorno depresivo mayor	5.9	3.6	8.4	3.8	8.3
Distimia	0.2	0.1	0.2	0.04	0.3
Trastornos por componente disruptivo	21.8	19.9	23.7	29.7	12.9
Trastorno disocial	3.7	4.4	3.0	1.2	6.5
Trastorno oposicionista desafiante	8.7	7.5	9.9	11.8	5.1
TDAH	15.1	13.7	16.6	23.9	5.4
Trastorno por consumo de sustancia	4.8	4.6	4.9	-	10.1
Abuso de alcohol	1.9	2.4	1.3	-	4.0
Dependencia de alcohol	1.7	1.5	1.9	-	3.6
Abuso de marihuana	0.4	0.2	0.6	-	0.9
Dependencia de marihuana	0.4	0.3	0.5	-	0.9
Dependencia de nicotina	1.6	1.4	1.8	-	3.4
Abuso de otras sustancias	0.2	0.2	0.2	-	0.4
Dependencia de otras sustancias	0.2	0.2	0.2	-	0.4
Trastornos Alimenticios	0.3	0.05	0.5	0.2	0.3
Esquizofrenia	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3
Cualquier Trastorno	38.3	33.5	43.3	42.9	33.2

Fuente: Vicente et. al., 2012

Mortalidad infantil

En cuanto a la mortalidad infantil, Chile presenta un perfil de mortalidad de NNA propio de los países más desarrollados con sistemas de salud más avanzados. La Organización Panamericana de la Salud (2017), estima que la tasa de mortalidad infantil ha presentado una disminución del 55% en los últimos años (16.0 [1990] a 7.2 [2013] muertes por cada mil niños nacidos). Durante el año 2014, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2015) reportó las tasas más altas de mortalidad infantil para las regiones de Aysén (9.7), El Maule (8.9) y La Araucanía (8.8). Al analizar las cifras desagregadas por sexo y por territorio, se observa que en la mayoría de las regiones las tasas de mortalidad infantil masculina superan a las femeninas. Llama la atención la alta tasa de mortalidad femenina de la región de Aysén (11.9) que supera en más de 4 puntos la cifra país.

CIPER



Al respecto, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2015), reporta que el año 2014, fallecieron 1664 niños(as) menores a 1 año (943 hombres y 721 mujeres), registrándose en el país, una tasa de 6.8 muertes (de niños y niñas menores de un año por cada mil NNA). De acuerdo al Ministerio de Salud (Minsal, 2015), "ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" constituyen la causa de mortalidad más recurrente (34% en niños(as) menores de un año), seguido de las "malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" (31.6 %) y las "causas externas de mortalidad" (9.1%). Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2017), estima una tasa -relativamente estable durante los últimos siete años- de 7 defunciones por cada mil niños nacidos vivos y una mortalidad posneonatal de 2.1 por 1000 niños nacidos vivos, en tanto, las principales causas específicas de muerte del menor de un año serían: prematurez extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones del sistema nervioso, las que en conjunto representan 48% del total de defunciones de este grupo de edad. Alrededor de 5.2% de los recién nacidos pesan menos de 2.000 gramos y 16.5% tienen peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 gramos)[3].

Para niños de 1 a 4 años de edad se estima una tasa de mortalidad de 0.28 por cada 1000 niños, identificando los accidentes y la violencia como las causas de defunción más importantes para este grupo etario (31%). Por otra parte, los niños(as) entre los 5 y 9 años constituyen el grupo con menor tasa de mortalidad (0.17 x c/1000 habitantes [59% hombres]). Respecto de NNA de 1 a 17 años, se observa una tasa de mortalidad infantil de 0.3 para los hombres y 0.2 para las mujeres (por cada mil NNA). A excepción de Atacama y Coquimbo, la tasa de mortalidad de los homnres supera a las mujeres en todas las regiones; y, al igual que lo que ocurre con las tasas de mortalidad de niños y niñas menores de un año, los datos varían considerablemente al desagregar la información por territorios: Magallanes presenta la tasa de mortalidad de hombres más alta (0.5 x c/ 1000) seguida por las regiones de Arica y Parinacota, Los Ríos y Aysén, todas con una tasa de 0.4, por sobre la tasa promedio nacional (0.2). En el caso de las mujeres, Arica y Parinacota, Atacama, Los Ríos y Aysén presentan tasas de mortalidad infantil para el grupo etario de 1 a 17 años del orden de 0.3 muertes por cada 1.000 mujeres en ese tramo de edad, también por sobre la tasa promedio país. Al respecto, la causa de mortalidad más recurrente en niños(as) entre 1 y 10 años corresponderían -en primer lugar- a "causas externas de mortalidad", con un 38.1%, seguida de "tumores" (neoplasia) con un 13.6% y "enfermedades del sistema nervioso" con un 12.2%.

[3] Recuperado de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=70:salud-infantil&Itemid=215

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Educación e infancia

El acceso a la educación en Chile ha ido en constante incremento desde 1990, así lo demuestra la Tasa de Asistencia Neta en la Educación Parvularia[4] comprendiendo el tramo de edad de 0 a 5 años, donde -de manera constante- ha aumentado la tasa de asistencia al sistema preescolar. Es así como la tasa neta de escolaridad fluctuó del 15.9 el año 1990 a un 50.3 en el año 2015. Por su parte, la tasa de asistencia en educación básica de 6 a 13 años presentó una variación de 90.4 a 91.5 (año 1990 y 2015). Finalmente, la tasa de asistencia en educación media (comprendiendo el tramo entre 14 y 17 años) presentó una fluctuación que transitó del 60 al 73.6 durante el periodo señalado precedentemente.

Infancia y pobreza

La pobreza sigue siendo el tema de mayor relevancia de la agenda internacional. La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, aprobada en septiembre del año 2015 por la Asamblea de Naciones Unidas, estableció como primer objetivo, disminuir los niveles de pobreza como prioridad en todo el mundo. Como indica el texto de difusión de la Agenda 2030 para América Latina, la pobreza no se puede reducir a un problema de ingresos y recursos para garantizar los medios que satisfagan una vida digna. La pobreza se manifiesta de diversos modos y supone una condición estructural que favorece la discriminación y exclusión social (Cepal, 2014).

Para la Unicef (2016), la pobreza infantil constituye, de modo particular, una de las formas más graves de violación de los derechos humanos y, por tanto, una condición que reproduce y amplía las brechas de desigualdad y exclusión social. Esto implica que niños, niñas y adolescentes no gozan plenamente de sus derechos (nutrición, agua, acceso a servicios básicos de salud, abrigo, educación, participación y protección, entre otros) y, en consecuencia, se vean limitados para alcanzar sus metas y participar activamente de la sociedad. Por su parte el Observatorio de la Niñez y Adolescencia en Chile (2016), refiere que tanto niños y niñas experimentan la pobreza como una condición que atenta contra su dignidad como personas exponiéndolos a diferentes tipos de vulneraciones, perjudicando gravemente su desarrollo cognitivo, social, emocional y físico.

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen [Ministerio de Desarrollo Social, 2015]), con 83 mil 887 familias entrevistadas equivalente a 266 mil 968 personas en la población de 0 a 17 años, reportó los siguientes hallazgos, respecto de la situación de pobreza en el país: a) El nivel de pobreza ha disminuido en 10 puntos, es decir, en el año 2006, el 38.7% de la población de ese rango etario se encontraban

[4] **Tasa Neta de Asistencia**: Número total de personas que se encuentran asistiendo en el tramo de edad respectivo a cada nivel educacional divido por la población total de dicho tramo. En el caso de la Educación Parvularia el tramo de edad es de 0 a 5 años, mientras que en Educación Básica es de 6 a 13 años. Por otro lado, en Educación Media es entre 14 y 17 años y para la Educación Superior 18 a 24 años.

CIPER

en situación de pobreza comparado con el año 2015 donde el 18.2% de la población de 0 a 17 años se encontraba en la misma situación; b) El 18.2% de la población infantil se encontraban bajo la línea de pobreza medida según ingresos, mientras el 5.8% en situación de indigencia. Esto significa una disminución de algo más de tres puntos porcentuales en relación con la medición de la Encuesta Casen 2013, que registró un 22% de NNA en situación de pobreza. En el caso de la indigencia la disminución es de un 1.7%; c) El 18.8% de los niños y niñas entre 0 y 5 años se encontraban en situación de pobreza según ingresos, mientras que el 18.2% de los niños y niñas entre 6 y 13 años, y el 17,3% de los niños y niñas entre 14 y 17 años estaban en la misma condición; y, d) El 6.3% de los niños entre 0 y 5 años se encontraban en situación de indigencia, el 5.8% de los niños entre 6 a 13 años y el 5.3% de los niños entre 14 y 17 años se encontraban en la misma condición.

Tabla 7
Situación de pobreza por ingresos y tramo de edad (2006-2015)

EDAD	AÑO				
	2006	2009	2011	2013	2015
0 a 17 años	38.7%	34.9%	32.9%	22.0%	18.2%
18 años y mas	25.1%	21.7%	18.4%	11.8%	9.5%

Fuente: Encuesta Casen, 2015

Maltrato infantil

El maltrato infantil constituye una realidad presente en Chile, en tanto, la violencia hacia los niños, niñas y/o adolescentes por parte de sus padres o cuidadores continúa siendo un grave problema en el país. Unicef (1994, 2000, 2006, 2012) ha dado cuenta de esta realidad desde el año 1994, respecto a las consecuencias en niños/as que se ven afectados por estos hechos. En un estudio comparativo entre los años 1994, 2000, 2006 y 2012, Unicef (2015) reportó un descenso de las cifras totales de violencia entre el año 1994 y 2000. En el año 2006, un 24.7% de los niños/as manifestaba no haber vivido violencia; cifra que aumentó el año 2012 a un 29%. Las disminuciones más importantes se dieron en la violencia psicológica que descendió entre los años 2006 y 2012 de 21.4% a 19.5%, y la violencia física leve, que disminuyó de 27.9% a 25.6%, mientras que la violencia física grave se mantuvo sin cambios en un 25.9%. Por otra parte, el estudio muestra que en un 7.1% de los casos ha implicado que deban ir a un centro hospitalario. Sin embargo, los porcentajes de denuncia son muy bajos: del total de niños que ha vivido violencia física, solamente un 6% ha realizado una denuncia. Esta situación, a juicio de tal organismo, sustenta la necesidad de fortalecer todas aquellas iniciativas orientadas a la prevención del maltrato infantil, siendo de especial consideración aquellos actos de maltrato que serían perpetuados por parte de los propios cuidadores.

CIPER



No obstante, lo anterior, el fenómeno de la violencia no necesariamente se define a partir de la presencia de una sola forma de maltrato, éste puede ir acompañado de un conjunto de formas que se podrían presentar de manera simultánea, debiendo ser abordado desde toda su complejidad. En este sentido, en el año 2017 el Ministerio del Interior, realiza la *Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niñas, Niños y Adolescentes*, la que mediante un instrumento que agrupa aquellas victimizaciones en torno a dimensiones de acuerdo al origen y tipo de maltrato, ya sea esta, cometida mediante delitos comunes, maltrato o negligencia por parte de cuidadores, violencia entre pares; violencia de carácter sexual, presencia de entornos violentos y/o presencia de contextos digitales violentos.

Tabla 8

Polivictimización presente en muestra de estudiantes

PERCEPCIÓN DE POLIVICTIMIZACIÓN NNA	%
Estudiantes entre séptimo y tercero medio, ha sufrido al menos una victimización de delito común con ataque.	46%
Ha sufrido al menos una situación de maltrato por parte de sus cuidadores	34%
Estudiantes ha sufrido al menos una victimización indirecta en la comunidad.	65%

Fuente: Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2017)

En sus conclusiones la encuesta señala que los niños, niñas y adolescentes se ven expuestos a diversas situaciones que afectan su desarrollo. Sin embargo, esto ocurre en los distintos ámbitos en que estos se desenvuelven, tales como la casa, la escuela y el barrio. De ellos, los NNA que sufren victimización múltiple constituyen un segmento crítico porque se encuentran en alto riesgo de presentar consecuencias negativas a largo plazo, como también mayor probabilidad de ser victimizados en otro tipo de situaciones, o bien, verse implicados en hechos delictuales en comparación con niños que no sufren esta polivictimización. Finalmente, señala que los resultados revelan la necesidad de abordar la intervención con NNA identificando la exposición a los distintos tipos de victimización presente. Se plantea como desafío, el diseñar -e implementar- políticas integrales que prioricen la intervención temprana y la prevención primaria de carácter intersectorial a nivel local.

CIPER



CAPÍTULO 3

DERECHOS HUMANOS E INFANCIA

CIPER



CIPER

Derechos Humanos y Protección de la Infancia.
Derechos de la infancia frente a contextos de violencia y vulneración.
Instrumentos internacionales y obligaciones del Estado.
Informes de las Comisiones de DD.HH. de infancia en Chile.


CIPER

Derechos Humanos e Infancia

Derechos Humanos y Protección de la Infancia

Los Derechos Humanos pueden definirse como las prerrogativas que, conforme al Derecho Internacional, tiene todo individuo frente a los órganos del poder para preservar su dignidad como ser humano, y cuya función es excluir la interferencia del Estado en áreas específicas de la vida individual, o asegurar la prestación de determinados servicios por parte del Estado, para satisfacer sus necesidades básicas, y que reflejan las exigencias fundamentales que cada ser humano puede formular a la sociedad de que forma parte;. Faúndez (1996). Para Raz (1984), el término *derecho* no hace referencia a ciertas normas primarias o secundarias de un cierto sistema normativo, sino a la razón que se presenta como la justificación de la existencia de tales normas. Normas que, para Laporta (1987), tienen como finalidad ir en favor de la naturaleza humana, donde lo primordial es la universalidad de tales derechos, es decir, se adscriben a todos los seres humanos por el solo hecho de ser "ser humano", no importando contexto, condición o circunstancia. Oter y Puy (2016), en tanto, señalan que los Derechos Humanos corresponden a aquel conjunto de facultades que

Investigar está en nuestro ADN

acompañan a cada ser humano por pertenecer a su propia naturaleza, y que deben ser respetados por los demás y protegidos por el Estado a fin de que, su disfrute esté normalmente garantizado. Estas facultades, para los mismos autores, son necesarias para el ser humano para poder realizarse como persona, y constituyen lo que también se ha denominado como: derechos naturales (propios de su naturaleza), derechos fundamentales (protegidos con leyes fundamentales o constitucionales) y libertades públicas (que resultaron de uno u otro proceso de luchas sociales por la conquista de esta o aquella especie de libertad individual o de grupo).

De esta forma, para estos autores, el concepto de Derechos Humanos descansa sobre un conjunto conocido de presuposiciones a saber: a) que existe una naturaleza humana universal que puede ser conocida por medios racionales; b) que la naturaleza humana es esencialmente diferente y superior al resto de la realidad; c) que el individuo tiene una dignidad absoluta e irreducible que debe ser defendida de la sociedad o del Estado; y, d) que la autonomía del individuo requiere que la sociedad sea organizada de una forma no jerárquica, como una suma de individuos libres. Así, los Derechos Humanos dan cuenta de aquellos innegables e intrínsecos derechos propios de la naturaleza humana, de tal manera que, también forman parte de los derechos de la población infantil, ya que el Código Civil de Chile realiza una distinción entre personas jurídicas o naturales donde el Artículo Nº 54 señala: "Las personas son naturales o jurídicas" y a su vez el Artículo Nº 55 señala: "Son personas todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición. Divídanse en chilenos y extranjeros". Es decir, sujetos con derechos y deberes como lo es el caso de los niños y niñas

Junto a estas definiciones, el Instituto de Derechos Humanos (2017), agrega que una de las características resaltantes del mundo contemporáneo es el reconocimiento de que todo ser humano, por el hecho de serlo, es titular de derechos fundamentales que la sociedad no puede arrebatarle ilícitamente. El mismo organismo reconoce que estos derechos no dependen de su reconocimiento por el Estado ni son concesiones suyas; tampoco dependen de la nacionalidad de la persona ni de la cultura a la cual pertenezca. De esta forma los derechos humanos son derechos universales; y, por tanto, corresponden a todo habitante de la tierra, de ahí que en el artículo 1° de la Declaración Universal de Derechos Humanos señale que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". De esta forma los Derechos Humanos se presentan como atributos innatos de la *persona humana;* y, por tanto, motivo de protección por parte de los Estados. En este sentido, distintas instancias internacionales han convenido una serie de cuerpos normativos, acuerdos y tratados, tales como la Declaración de Ginebra, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, proclamando el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la

CIPER

familia, a su vez que, reconocen la especial protección que le dispensa a los niños, niñas y adolescentes en razón de su vulnerabilidad.

De esta manera; y, ante la necesidad de proporcionar al niño una protección especial por su falta de madurez física y mental, se constituye la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada el 20 de noviembre de 1989 por Naciones Unidas, reconociéndolo como sujeto de protección y cuidados especiales; garantías que, consideran la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Así, este instrumento busca promover en el mundo los derechos de los niños y niñas, rigiéndose por cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten.

Convención sobre los Derechos del Niño[5]

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado internacional, emanado de las Naciones Unidas y aprobado por su Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas. Al aprobar la Convención, la comunidad internacional reconoció que, a diferencia de los adultos, las personas menores de 18 años necesitan atención y protección especiales. En términos generales, la CDN establece que los países que han ratificado esta Convención deben asegurar que todos los niños y niñas se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa. De esta forma, se busca asegurar los derechos primordiales: el derecho a la identidad y la familia, el derecho a expresarse libremente y el acceso a la información, el derecho a la protección contra el abuso y la discriminación, derecho a la educación, derechos a una vida segura y sana; y, el derecho de los niños impedidos a la atención especial.

Derecho a la identidad y la familia

Derecho a la vida y al desarrollo. Es un derecho fundamental y necesario para poder concretar todos los demás derechos de niños y niñas. Es así como en su Artículo 6, la CDN establece que "Todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Se garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño".

Derecho a la identidad. Constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Implica el reconocimiento jurídico y social de una persona como sujeto de derechos

[5] Recuperado de http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/

CIPER

perteneciente a un territorio, una sociedad y una familia, condición necesaria para preservar su dignidad individual y colectiva. Por ello, la CDN pone énfasis en la agilidad para la inscripción legalmente reconocida, al señalar que: "El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos" (Art. 7). Junto a ello se agrega que se debe "respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas" (Art. 8).

Derecho a vivir en familia. Esto implica que todos los niños tienen derecho a saber quiénes son sus padres y a no ser separados de ellos. La CDN trata en distintos artículos este derecho, señalando:

> Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres (…) de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención. (Art. 5)

De igual forma protegen la vida en familia: "El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres" (Art. 10); así como también los deberes y obligaciones en lo que respecta a la crianza:

> Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. (Art. 18)

En el Artículo N° 21, del mismo cuerpo normativo, se sintetizan los ámbitos referidos a la adopción, indicando específicamente que **"**los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán que el interés superior del niño sea la consideración primordial".

Derecho a expresarse libremente

Derecho a la libertad de opinión, *expresión e información*. Todo niño tiene derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, siempre que ello no vaya en menoscabo del derecho de otros. La CDN trata en distintos artículos la libertad de opinión, expresión e información de los niños tales como el Artículo N° 12, 13 y 17 los cuales apuntan a preservar dicho derecho, señalando que:

> Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de la edad y su madurez (…) con tal fin, se dará en particular al niño, oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que lo afecte, ya sea directamente o por medio de un representante o de un

órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional. (Art. 12)

Derechos a la libertad de pensamiento, conciencia, religión y de practicar su propia cultura y lengua. El niño tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión bajo la dirección de su padre y su madre, y de conformidad con las limitaciones prescritas por la ley:

> Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades. (Art. 14)

En el mismo orden ideas, la CDN establece que:

> En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma. (Art. 30)

Derecho a la libertad de asociación y participación. La CDN establece que todo niño tiene derecho a la libertad de asociación y de celebrar reuniones, siempre que ello no vaya en contra de los derechos de otros:

> Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás. (Art. 15)

Derecho a la protección

Derecho a la protección integral contra el maltrato, abuso y todas las formas de explotación. Se encuentra vinculado a los Artículos N° 19, 36 y 39 de la CDN, los que en conjunto garantizan que el Estado adopte las medidas correspondientes, para la protección de los niños y niñas, su reparación, la asistencia a sus familias y la prevención de las vulneraciones asociadas al maltrato, indicando que:

> Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño. (Art. 19)

Derecho a la protección integral contra el traslado o retención ilícita internacional. Es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para luchar contra los traslados ilícitos y la retención ilícita de niños en el extranjero, ya sea por su padre o su madre, ya sea

CIPER

por una tercera persona. De esta forma la CDN señala escuetamente: "Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero" (Art. 11).

Derecho a la atención especial por discapacidad. La CDN establece que los niños mental o físicamente impedidos, tienen derecho a recibir cuidados, educación y adiestramiento especiales, destinados a lograr su autosuficiencia e integración activa en la sociedad, señalando que:

> Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad". Asimismo, se señala que "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él. (Art. 23)

Derecho a la salud. En relación a este derecho la CDN establece que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño. Al respecto señala que:

> Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (Art. 24)

Derecho a disfrutar de un nivel de vida adecuado. La CDN establece que todo niño tiene derecho a beneficiarse de un nivel de vida adecuado para su desarrollo y es responsabilidad primordial de padres y madres proporcionárselo. Es obligación del Estado adaptar medidas apropiadas para que dicha responsabilidad pueda ser asumida y que lo sea de hecho, si es necesario, mediante el pago de la pensión alimenticia. Este derecho es señalado por la CDN en dos los artículos, los que precisan lo siguiente:

> Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre. (Art. 26)

Por su parte, el siguiente articulo de la CDN indica que:

CIPER

> Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. (Art. 27)

Derecho a la Educación

Derecho a la Educación. Al respecto la CDN reconoce que todo niño tiene derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria. La aplicación de la disciplina escolar deberá respetar la dignidad del niño en cuanto persona humana. Este derecho se ve reflejado en dos artículos los cuales detallan los deberes, obligaciones y directrices sobre las cuales debe ser guiada la educación de los niños y niñas:

> Los Estados partes reconocen el derecho del niño y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular: a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos; b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad; c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados; d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas; e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar. (Art. 28)

Por su parte, el Artículo siguiente señala que:

> Los Estados partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a: a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades; b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas; c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya; d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena; e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural. (Art. 29)

Derecho al juego y la recreación como un derecho propio de cada niño y niña. La CDN establece que: "Los Estados partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes" (Art. 31).

Derecho a la protección integral contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso. Al respecto, la CDN, establece que

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

es obligación del Estado proteger al niño contra el desempeño de cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o desarrollo; fijar edades mínimas de admisión al empleo y reglamentar las condiciones del mismo, señalando que:

> 1) Los Estados partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.; y, 2) Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente Artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular: a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar; b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo; c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente Artículo. (Art. 32)

En el Artículo N° 36, por su parte, se enfatiza que los Estados Partes "protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar".

Derecho a la protección Integral contra el uso y explotación relacionada con estupefacientes. Da cuenta del derecho del niño de ser protegido del uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, impidiendo que esté involucrado en la producción o distribución de tales sustancias, señalando explícitamente que:

> Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias. (Art. 33)

Derecho a la explotación integral contra el abuso y la explotación sexual. En tal aspecto, la CDN establece que es derecho del niño ser protegido de la explotación y abuso sexuales, incluyendo la prostitución y su utilización en prácticas pornográficas, señalando que:

> Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir: a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos. (Art. 34)

Por otra parte, en tanto, el Artículo 39 de la CDN declara que:

> Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: (…) explotación o abuso; (…). Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño. (Art. 39)

CIPER

Derecho de los niños, niñas y adolescentes a la protección integral ante situaciones de privación de libertad. Todo niño que sea considerado acusado o declarado culpable de haber infringido las leyes tiene derecho a que se respeten sus derechos fundamentales y, en particular, el derecho a beneficiarse de todas las garantías de un procedimiento equitativo, incluso de disponer de asistencia jurídica o de otra asistencia adecuada en la preparación y presentación de su defensa. Siempre que sea posible, se evitará recurrir a procedimientos judiciales y al internamiento en instituciones. De esta forma la CDN señala que:

> Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad. (Art. 40)

Otro de los contextos de protección que incluye la CDN, hace referencia a la participación de niños en los conflictos armados. En este aspecto, la señalada convención establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para que ningún miembro de sus fuerzas armadas menor de 18 años participe directamente en hostilidades, siendo obligación del Estado tomar las medidas apropiadas para que los niños víctimas de la tortura, de conflictos armados, de abandono, de malos tratos o de explotación, reciban un tratamiento apropiado en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Derechos de la infancia frente a contextos de violencia y vulneración.

La década de los ‘80, caracterizada por el crecimiento de la pobreza y la retracción relativa del gasto estatal, especialmente el destinado a los sectores más vulnerables, provocó un crecimiento de la infancia excluida, el que se manifestó en la figura de los “niños de la calle”. Este cambio social, provocó que la orientación de las políticas públicas se enfocara prioritariamente a ejercer el control social de los niños y adolescentes; lo que se tradujo en la facultad discrecional de la justicia para declarar el abandono material o moral del menor (Campos, 2009). A partir de ello, según Laje (2010), se abandona la distinción entre menores delincuentes y niños abandonados o maltratados, todos los cuales pueden ser objeto de las mismas medidas, alterando sustancialmente las funciones del juez, respecto de quien se pretende se transforme en “padre” y “vigilante”. Desde esta realidad social, la Convención de las Naciones Unidas (1989) plantea que cada niño y niña tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. La satisfacción de este derecho es responsabilidad de los padres o los encargados de su crianza, sin embargo, los Estados Partes -a través de políticas públicas e incluidas en sus legislaciones- tienen el deber de apoyar a los padres en el cumplimiento de esta tarea. En este sentido, la prioridad de tal

CIPER



función está instalada en la familia y su opción de vida, siempre que ello, no atente contra los derechos del infante.

En definitiva, el discurso sobre la infancia durante el Siglo XX mantiene una continuidad basada, sobre todo, en la defensa de dos ámbitos de derechos diferenciados, uno referente a la protección y la satisfacción de necesidades básicas y otro a los derechos de autonomía de los niños y niñas. De esta manera se puede afirmar la continuidad de un discurso proteccionista de la infancia; cuya ruptura mayor se produjo en 1989 con el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de los niños y niñas, sujetos ya de derecho (Dávila & Naya, 2006).

En este orden de ideas, Fuenzalida (2014), señala que la naturaleza de la protección que se debe a los niños, niñas y adolescentes es -desde un punto de vista jurídico- un tema de Derecho Público y tiene como origen, principios consagrados constitucionalmente, tales como el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica de las personas, a la igualdad, a la educación y a la salud, entre otros. La misma autora sostiene que el tema de la protección de los derechos de la infancia, requiere de una estructura legislativa y una institucionalidad pública que se ajuste a derecho y se encuentre acorde con los mandatos establecidos en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño; por lo que -en tal sentido- la aprobación y posterior ratificación de esta convención internacional, constituye un importante hito que influyó en el cambio de paradigma, en los países latinoamericanos, respecto de la comprensión de la infancia, ya no, como *personas en desarrollo* -y por tanto objeto de protección- sino, como individuos: niños, niñas y adolescentes, sujetos de derecho y dignos de una protección especial e integral.

Chile ratificó la Convención -junto a otros 57 países- el 26 de enero de 1990; y, el 14 de agosto del año 1990, fue promulgada como Ley de la República mediante Decreto Supremo 830 del Ministerio de Relaciones Exteriores, el cual fue publicado en el Diario Oficial del 27 de septiembre de 1990, fecha en que la Convención entró en vigencia en Chile[6]. A partir de esa fecha, se ha iniciado un proceso de revisión de los mecanismos jurídicos y sociales que se dirigen a la atención y protección de niños, niñas y adolescentes en el país. El derecho internacional de los Derechos Humanos, sobre la base de imponer al Estado el deber de darles mayor prioridad en su protección, se fundamenta en su condición de personas en crecimiento, y se justifica en base a las diferencias, respecto de las personas adultas, para el efectivo ejercicio y la plena vigencia de sus derechos. En palabras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sobre la Convención de Derechos del Niño:

> Tal como se señalara en las discusiones de la Convención sobre los Derechos del Niño, es importante destacar que los niños poseen los derechos que corresponden a todos los seres humanos –menores y adultos- y tienen además derechos especiales derivados de su condición,

6 Convención Sobre los Derechos del Niño. Ratificado por Chile en 1990. Recuperada de http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/convencion.pdf

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

> a los que corresponden deberes específicos de la familia, sociedad y el Estado. La Corte ha sido clara en señalar que los niños y las niñas poseen los derechos que corresponden a todos los seres humanos (…) y tienen además derechos especiales derivados de su condición, a los que corresponden deberes específicos de la familia, la sociedad y el Estado. (CIDH, 2002 [p. 56])

Por consiguiente, el artículo Nº 19 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos debe entenderse como un derecho adicional y complementario que el tratado establece para los niños, quienes por su estado de desarrollo necesitan de protección especial; en tanto, los niños -a diferencia de los adultos- perciben lo que acontece en sus vidas de una manera particular, otorgando mayor realce a sucesos que podrían quizá parecer cotidianos. Es por eso que se hace necesario que el derecho internacional de los derechos humanos realice un reconocimiento a la condición especial que tienen los niños, niñas y adolescentes debido a su situación de personas en desarrollo y crecimiento. Como señala la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2010), este reconocimiento se acompaña del establecimiento de un deber por parte de los Estados de protección especial y reforzada hacia ellos y ellas, del cual se deriva el principio del interés superior del niño que supone la obligación de los Estados de adoptar decisiones y de priorizar las intervenciones que favorezcan la realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como su protección.

Instrumentos internacionales y obligaciones del Estado.

La protección de los niños y adolescentes en los instrumentos internacionales tiene como objetivo último el desarrollo armonioso de su personalidad y el disfrute de los derechos que les han sido reconocidos. En donde corresponde al Estado precisar las medidas que adoptará para alentar ese desarrollo.

Existe un claro consenso respecto de la importancia de la Convención de los Derechos del Niño, ya que esclarece el significado de Derechos Humanos para los niños y adolescentes; es por esto que establece un Comité Internacional de Expertos especializados en los derechos del niño, con el conocimiento y las competencias necesarias para la promoción de dichos derechos, los cuales han generado una modificación en el pensamiento hacia la concepción del niño, así también una serie de cambios a nivel de Estado.

Es importante dar a conocer la importancia de la Convención sobre los Derechos del Niño en el cambio de paradigma respecto del niño a partir de su promulgación. Resaltar que los niños son particularmente vulnerables y necesitan una protección especial, lo cual ha implicado modificaciones en la legislación. También es necesario dar a conocer la importancia del acceso a la justicia de los niños y adolescentes en el marco del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos (SIDH). Y reconocer que según el artículo 1° de la Convención adoptada en 1989 por la Asamblea General de la Organización

CIPER

de las Naciones Unidas (ONU), que define como niño a “todo ser humano menor de 18 años. Está definición es reafirmada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) que estableció en la Opinión Consultiva No. 17 que “tomando en cuenta la normativa internacional y el criterio sustentado por la Corte en otros casos, se entiende por ‘niño’ a toda persona que no ha cumplido los 18 años de edad”. Es importante destacar la Convención del Niño ya que ha desencadenado un proceso de reforma que ha pretendido, en primer lugar, reconstruir las imágenes de la infancia, y con ello, modificar las relaciones del Estado y de los adultos con los niños.

Marco Legal en Chile

Como se ha revisado en apartados anteriores, el analizar el desarrollo histórico de las acciones dirigidas hacia la niñez en Chile, es posible verificar que estas fueron, en principio, iniciativas de carácter privado. Ello implicó que el tratamiento jurídico de los niños en Chile fuese variando a lo largo del tiempo, por lo que, en un principio -antes de la primera Ley de Menores- regía íntegramente la normativa existente a partir del Código Civil y Penal, estructurándose la regulación de menores como normas de excepción dentro de las leyes generales, lo que fue transitando -con posterioridad a la primera Ley de Menores- hacia una legislación especializada que controlaba y reglamentaba aquella infancia en situación irregular (Fuenzalida, 2014). De esta forma, al realizar una revisión del marco legal en Chile relativo a esta materia, es posible encontrar en el sitio web de la Biblioteca Nacional del Congreso una selección de leyes y decretos -a través de los años- que persiguen la protección de la infancia a partir de la regulación de diferentes contextos: Acoso sexual de menores, protección de la infancia y salida de menores al extranjero[7], Trabajo Infantil[8], Adopción[9], Violencia contra NNA[10] y Convenios internacionales sobre protección a la infancia suscritos por Chile[11], identificando los siguientes cuerpos legales en tal materia:

- Ley 4142 (22-JUL-1927). Aprueba la Convención Internacional sobre trata de mujeres y niños subscripta en Ginebra el 31 de septiembre de 1921.
- Decreto 326 (27-MAY-1989). Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- Decreto 830 (27-SEP-1990). Convención sobre los Derechos del Niño. Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Ley 19241 (28-AGO-1993). Perfecciona las normas relativas al delito de secuestro y sustracción de menores.

[7] https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?itemsporpagina=10&totalitems=19&npagina=2&_grupo
[8] https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=858&agr=2&comp=
[9] https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=815&agr=2&comp=
[10] https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=868&agr=2&comp=
[11] https://www.leychile.cl/Consulta/listado_n_sel?_grupo_aporte=&sub=909&agr=2&comp=

Investigar está en nuestro ADN

- Ley 19304 (29-ABR-1994). Modifica el Código de Procedimiento Penal y la Ley de Menores en lo relativo al maltrato de menores
- Decreto 509 (17-MAY-1994). Crea equipos de trabajo para la erradicación de menores de los recintos carcelarios de adultos. Ministerio de Justicia.
- Decreto 386 (17-JUN-1994). Convención sobre los aspectos civiles del secuestro internacional de niños. Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Ley 19324 (26-AGO-1994). Introduce modificaciones a la Ley N° 16.618 de menores en materia de maltrato de menores
- Ley 19409 (07-SEP-1995). Sanciona a quien facilite la entrada al país a personas para ejercer la prostitución
- Decreto 1415 (05-FEB-1996). Reglamento de la Ley de violencia intrafamiliar. Ministerio de Justicia.
- Decreto 131 (14-AGO-1996). Crea el Comité Asesor Nacional Para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Menor Trabajador.
- Ley 19585 (26-OCT-1998). Modifica el Código Civil en materia de filiación.
- Decreto 227 (12-MAY-1999). Convenios Nº 87, 98, 105 y 138 adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo. El Convenio 138 trata sobre la edad mínima de admisión al empleo.
- Ley 19617 (12-JUL-1999). Modifica el Código Penal el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos legales en materia relativas al delito de violación.
- Ley 19620 (05-AGO-1999). Ley sobre adopción de menores.
- Decreto con Fuerza de Ley 1 (30-MAY-2000). Ley de Menores (texto refundido de la Ley Nº 16.618).
- Decreto 1215 (04-OCT-1999). Convención sobre protección del niño y cooperación en materia de adopción internacional. Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Decreto 944 (18-MAR-2000). Reglamento de la Ley N° 19.620 que dicta normas sobre adopción de menores. Ministerio de Justicia.
- Decreto con Fuerza de Ley 1 (30-MAY-2000). El Artículo N° 6 fijó el texto refundido de la Ley de Menores.
- Ley 19684 (03-JUL-2000). Modifica el Código del Trabajo para abolir el trabajo de los menores de 15 años.
- Decreto 1447 (17-NOV-2000). Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (esclavitud prostitución tráfico de estupefacientes entre otras.)
- Decreto 24 (30-ABR-2002). Convención Interamericana sobre conflictos de leyes en materia de adopción. Ministerio de Relaciones Exteriores.

CIPER



- Decreto 180 (23-SEP-2002). Acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo para la ejecución de un diagnóstico nacional sobre el trabajo infantil y adolescente e identificación de los casos de las peores formas.
- Decreto con Fuerza de Ley 1 (16-ENE-2003). Código del Trabajo. Artículos 13 al 18: Contratación de menores.
- Ley 19874 (13-MAY-2003). Facilita la denuncia en caso de atentados sexuales y permite una mejor investigación del delito.
- Decreto 225 (06-SEP-2003). Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños la prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía con su corrección en la letra b) del Artículo 7. Ministerio de Relaciones Exteriores
- Decreto 248 (17-DIC-2003). Promulga el protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados con su Corrección al numeral 1. Del Artículo 3.
- Ley 19927 (14-ENE-2004). Modifica los Códigos Penal, de Procedimiento Penal y Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil.
- Ley 19968 (30-AGO-2004). Crea los Tribunales de Familia.
- Ley 20001 (05-FEB-2005). Modifica al Código del Trabajo en lo relativo al peso máximo que puede cargar un menor de 18 años (Artículo 211-J).
- Decreto 342 (16-FEB-2005). Promulga la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra mar y aire y para prevenir reprimir y sancionar la trata de personas especialmente mujeres y niños.
- Ley 20066 (07-OCT-2005). Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar.
- Ley 20032 (25-JUL-2005). Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del Sename y su régimen de subvención.
- Ley 20152 (09-ENE-2007). Introduce diversas modificaciones a la ley N° 14.908 sobre abandono de familia y pago de pensiones alimenticias.
- Ley 20166 (12-FEB-2007). Extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista sala cuna.
- Ley 20191 (02-JUN-2007). Modifica la ley N° 20.084 que establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracción a la ley penal.
- Ley 20189 (12-JUN-2007). Modifica el Código del Trabajo en lo relativo a la admisión al empleo de los menores de edad y al cumplimiento de la obligación escolar.
- Ley 20207 (31-AGO-2007). Establece que la prescripción en delitos sexuales contra menores se computará desde el día en que estos alcancen la mayoría de edad.

CIPER

- Ley 20230 (10-DIC-2007). Adecua el Decreto Ley N° 321 de 1925 a la regulación vigente del delito de violación de menores.
- Ley 20248 (01-FEB-2008). Establece la ley de subvención escolar preferencial.
- Ley 20286 (15-SEP-2008). Sobre modificaciones orgánicas y procedimentales a la ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia.
- Decreto 104 (01-AGO-2009). Promulga el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.
- Ley 20367 (07-AGO-2009). Modifica el Código del Trabajo y hace extensivo el permiso a la madre en caso de adopción de un menor.
- Ley 20379 (12-SEP-2009). Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo".
- Ley 20383 (24-SEP-2009). Sobre salida de menores desde Chile.
- Ley 20399 (23-NOV-2009). Otorga derecho a sala cuna al trabajador.
- Ley 20422 (10-FEB-2010). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad
- Decreto con Fuerza de Ley 2 (02-JUL-2010). Fija el texto refundido coordinado y sistematizado de la Ley N° 20.370 con las normas no derogadas del Decreto con Fuerza de
- Ley 20507 (08-ABR-2011). Tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución criminal.
- Ley 20519 (21-JUN-2011). Modifica disposiciones de la Ley N° 18.314 y otro cuerpo legal excluyendo de su aplicación a conductas ejecutadas por menores de edad.
- Ley 20526 (13-AGO-2011). Sanciona el acoso sexual de menores la pornografía infantil virtual y la posesión de material pornográfico infantil.
- Ley 20536 (17-SEP-2011). Sobre Violencia Escolar
- Ley 20539 (06-OCT-2011). Prohíbe a los menores de dieciocho años todo trabajo nocturno en establecimientos industriales y comerciales.
- Ley 20545 (17-OCT-2011). Modifica las normas sobre protección de la maternidad e incorpora permiso postnatal parental
- Ley 20821 (18-ABR-2015). Modifica el Código del Trabajo en lo relativo a la participación de los menores en espectáculos públicos.

Informes de la Comisión de DD.HH. respecto de la Infancia en Chile.

Entre las publicaciones que se han realizado en el último tiempo y que involucra el análisis de la realidad de los niños en Chile, se destacan las del Comité de los Derechos de

CIPER

los Niños, este comité es un órgano de las Naciones Unidas conformado por expertos independientes que supervisan la aplicación de la Convención sobre los Derechos de los niños por los Estados Partes, donde Chile está adherido. El comité también supervisa la aplicación de los protocolos facultativos de la Convención. Es así, que todos los Estados Partes, comprometidos sobre los derechos de los niños deben presentar al comité informes periódicos sobre la manera en que ejercitan los derechos, según lo establece la propia CDN:

> Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos. (Art. 44)

Si bien el Comité ha reconocido las diversas modificaciones legales que ha realizado el Estado chileno para adecuar su legislación a la Convención, por mencionar algunas: Ley N° 20.536 sobre Violencia Escolar (2011), Ley N° 20.519 que excluye a las personas menores de edad de las disposiciones sobre delitos terroristas (2011), Ley N° 20.539 que prohíbe a las personas menores de 18 años todo trabajo nocturno en establecimientos industriales y comerciales (2011), Ley N° 20.594 que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra niños y niñas, y establece un registro de dichas inhabilidades (2012), Ley N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación (2012), entre otras; expresa preocupación porque Chile no ha logrado derogar la Ley de Menores de 1967 y promulgar una ley sobre protección integral de derechos de los niños acorde a la Convención. En tal sentido, el Comité considera importante que la Política Nacional de Infancia 2015-2025 contemple indicadores de derechos humanos basados en la Convención y se le asigne suficientes recursos humanos, técnicos y financieros para su efectiva aplicación. Por último, el Comité expresa su preocupación por el alto número de niños y niñas en centros de acogida no familiar, la calidad y los casos de violencia en ellos. Entre otras cosas, recomienda que la internación en instituciones sea el último recurso, que se garantice una revisión periódica de los internamientos y se aseguren los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios para su adecuado funcionamiento.

En cuanto al sistema de justicia juvenil, el Comité ha reiterado que la privación de la libertad debe ser el último recurso utilizado y que deben existir mecanismos para la denuncia por parte de los niños, niñas y adolescentes. Respecto a esto último, el informe del 2015 señala que los jueces y fiscales deben tener en cuenta las otras medidas cautelares de la legislación chilena y que "sólo se plantee la privación de libertad como último recurso y durante el menor tiempo posible" (Comité de Derechos del Niño, 2015), además que se "establezcan mecanismos independientes, confidenciales, adaptados y sensibles a las necesidades de los niños que les permitan denunciar violaciones de los derechos humanos, sobre todo cuando están privados de libertad" (p. 143).

CIPER

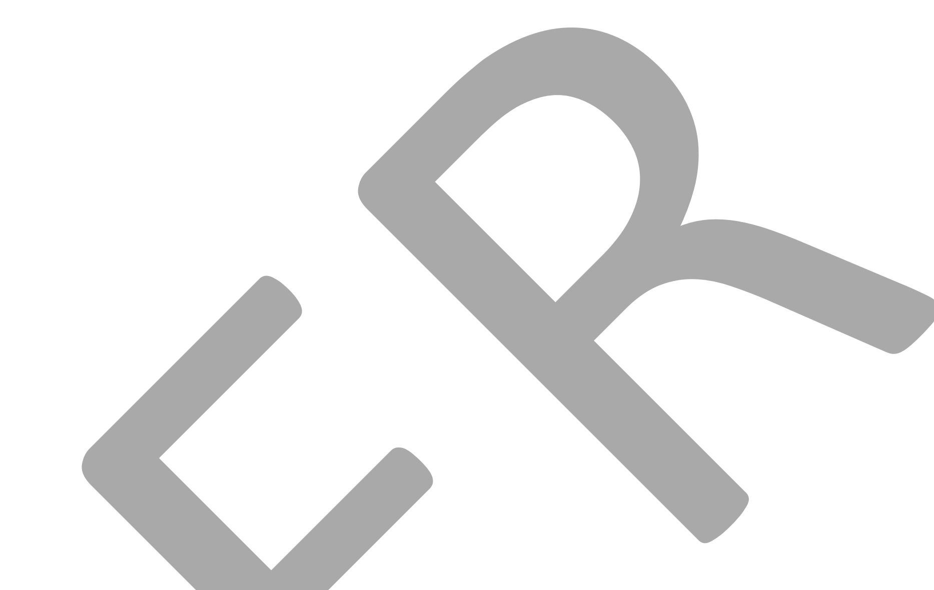


En el ámbito de la justicia juvenil, otro aspecto relevante dice relación con el sentido de la sanción penal, la que, desde una mirada restaurativa, busca la generación de un proceso de responsabilización en el joven respecto del mal causado, mediante la implementación de un programa socio educativo, que busca en ultimo termino interrumpir la trayectoria delictiva, a partir de los primeros contactos, entre el joven que ha entrado en conflicto con la ley y el sistema penal.

De esta manera, la sanción penal se lleva a cabo mediante la articulación de una compleja oferta programática ambulatoria, la que, de acuerdo a las características -tanto del infractor como de aquello que lo ha hecho entrar en conflicto con la ley penal- permite dar paso a aquellas intervenciones socioeducativas, destinadas a la reinserción social de los jóvenes.







CAPÍTULO 4

EL SISTEMA RESIDENCIAL COMO POLÍTICA PROTECCIONAL DE LA INFANCIA





CIPER

El ingreso a sistemas de residencias proteccionales
Las residencias como medida de intervención de último recurso
Efectos y riesgos de la institucionalización
Requerimientos para la atención residencial
Estándares mínimos para el acogimiento residencial



CIPER

El Sistema Residencial como Política Proteccional de la Infancia

El Sistema Proteccional Infantil surge como la estrategia global del Estado para erradicar todas las formas de maltrato contra niños, niñas y adolescentes, salvaguardando así los derechos de su población infanto-adolescente y proporcionándoles un entorno estable y seguro en el que tengan satisfechas sus necesidades básicas, dicho de otro modo, es la respuesta mancomunada del Estado y organismos no gubernamentales que en esta materia apoyan la labor estatal, frente a la vulneración de derechos experimentada por menores de edad, con objeto de obtener la restitución de estos (Martínez, 2014).

Dentro de este contexto proteccional, la estrategia residencial se constituye como una de las medidas para asegurar los derechos de la población infanto-adolescente. Esta intervención psicosocial no ha estado exenta de polémica, por cuanto, no son pocos aquellos autores que señalan que la institucionalización causa perjuicios a los niños, niñas y adolescentes que la sufren y debe ser limitada a casos absolutamente excepcionales y por periodos muy breves. Por otra parte, existe consenso -entre diversos autores- en señalar que,



los dispositivos creados desde el Estado para hacerse cargo de la situación de la infancia no tienen en su génesis una lógica de ejercicio de derechos, sino más bien, responden a la urgencia de dar respuesta a las precariedades y a la vulnerabilidad social existente (Bellof, 1999; De la Maza & González, 2016; Gallegos, Jarpa & Opazo, 2018; Galvis, 2009). Además de exponerlos a situaciones que pueden implicar graves violaciones a sus derechos, por lo que las instituciones no son el ámbito apropiado para los niños y su permanencia en estas puede generar atrasos en el desarrollo infantil. Una regla general, que ha sido señalada, por variados estudios del desarrollo infantil es que por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución, pierde un mes de desarrollo (Williamson, Greenberg, 2010).

Estudios recientes demostraron que las largas etapas de institucionalización, especialmente durante los primeros años de vida producen daños permanentes. Otras investigaciones demuestran que los niños que fueron adoptados o se integraron a familias de acogida, tienen un mejor desempeño, no solo físico y cognitivo, sino en logros académicos e integración social como adultos independientes, que aquellos que crecieron en instituciones. También la condición física de los niños que se encuentran en instituciones sufre importantes daños. Especialmente en los casos de niños con discapacidades que requieren rehabilitación, terapia física u otros tratamientos especiales. En este mismo sentido, la CIDH (2013), reconoce que existen situaciones que requieren una intervención de protección por parte del Estado que implique la separación temporal, o incluso permanente, del niño y de su familia, en atención a la protección de sus derechos y a su interés superior. De ahí que factores de riesgos de esta naturaleza requieren una vigilancia rigurosa y especializada por parte del Estado. En este sentido, los Estados tienen el deber de regular las causales que justifiquen la separación del niño de su familia por motivos de protección, de manera tal, que la injerencia en la vida familiar sea acorde con los parámetros internacionales de los derechos humanos; y, la separación solo proceda en circunstancias excepcionales, bajo razones fundadas para ello, y, exclusivamente en función del interés superior del niño.

No obstante, esta necesidad de institucionalización, la misma CIDH (2013), hace algunos alcances respecto del modelo del acogimiento institucional residencial, principalmente de aquellos centros que mantienen bajo su cuidado a un elevado número de NNA y que, generalmente, operan en regímenes de funcionamiento cerrados o que restringen de modo innecesario el contacto del NNA con el exterior, sin satisfacer el objetivo de preservación y restitución de sus derechos, a la vez, que mantienen escasas posibilidades de prestar una atención personalizada. Debido a esto, tal organismo ha recomendado a los Estados que fortalezcan un proceso de desinstitucionalización de los niños que se encuentran en este tipo de establecimientos, y que fortalezcan otras modalidades de acogimiento alternativo más favorables y acordes con la protección de los derechos de los niños, tales como el acogimiento familiar. Junto a estas recomendaciones presentó los parámetros

CIPER

aplicables al cuidado alternativo, así como algunos derechos que deben ser especialmente protegidos en casos de niños sin cuidados parentales; los cuales se desarrollan a continuación:

El ingreso al sistema residencial proteccional

La CIDH (2013), reconoce que frente a circunstancias particulares en las que se encuentre la familia, se originará el deber -por parte del Estado- de adoptar una medida especial de protección tendiente a apoyar a la familia para superar tal situación. Sin embargo, en caso de que el interés superior del niño lo justifique, *las autoridades deben tomar medidas especiales de protección que impliquen la separación del niño de su familia* (p. 25). Una de estas circunstancias responde a las situaciones en que un NNA es abandonado por parte de la progenitora que ejerce la guarda del niño, renunciando al cuidado temporal o definitivo de éste. En tales casos la comisión señala, que existe un deber por parte de los Estados de realizar los esfuerzos que fueran razonables, tomando en consideración el contexto del caso particular, para intentar ubicar al otro progenitor o a la familia extensa a efecto de constatar si existe, de su parte, la voluntad de mantener el vínculo paterno-filial, antes de proceder a decisiones temporales o permanentes en relación con el cuidado del niño en otra familia que no sea su familia biológica. El mismo organismo señala que las medidas para la protección y el apoyo a la familia deberían preverse también para el periodo del embarazo, y con posterioridad al nacimiento del niño, a fin de garantizar condiciones de dignidad para el adecuado desarrollo del embarazo y el cuidado del niño, y evitar que las familias se vean expuestas a circunstancias de precariedad, u otra naturaleza, que pueden encontrarse en la base de la decisión de renunciar temporal o definitivamente al niño, o a su abandono.

La CIDH, indica que cuando los progenitores sean jóvenes adolescentes menores de 18 años y hayan manifestado su voluntad de renunciar temporal o definitivamente a sus responsabilidades parentales, concurre el deber especial de protección también a favor de los progenitores, puesto que ellos mismos merecen esta protección por ser personas menores de 18 años. Precisamente, con el fin de reducir los casos de abandono de recién nacidos, la entrega en adopción por parte de los progenitores y la renuncia voluntaria a la guarda, en particular cuando los progenitores son jóvenes adolescentes, el Estado debe diseñar e implementar programas y servicios que preparen a los adolescentes a adoptar decisiones fundamentadas con respecto a su salud sexual y reproductiva y a asumir sus responsabilidades a este respecto.

En lo relativo a las causas que usualmente dan lugar a la separación de los niños de sus familias, la Comisión ha identificado que entre las mismas se encuentran: la pobreza o las limitaciones materiales de las familias pertenecientes a sectores sociales excluidos; la violencia en el hogar; la renuncia a la guarda y el abandono. La Comisión ha constatado que en la práctica la pobreza sigue siendo el gran telón de fondo de las situaciones en que se separa a un niño de su familia y se lo ingresa en una institución residencial de acogida, sin

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



embargo, conforme lo señala el mismo organismo, la ausencia de recursos materiales de los progenitores, de la familia, de los representantes legales o responsables de los niños, no puede ser utilizada como el único o principal motivo que determine la institucionalización.

Los niños, niñas y adolescentes que ingresen en un centro de acogimiento o en una institución deberán ser inmediatamente inscritos en el registro del centro y abrirles un expediente personal. Estos registros han de ser puestos a disposición de los mecanismos de control y vigilancia en las visitas de monitoreo e inspección de los centros y las instituciones. Adicionalmente, después de su ingreso, el niño tiene derecho a un examen médico llevado a cabo por personal especializado debiendo mantenerse el respectivo registro en el expediente personal del niño. La CIDH, consigna gran importancia a este examen médico al momento del ingreso en el centro o la institución, puesto que lo considera necesario a los efectos de poder prestar una atención médica inmediata al niño en caso de requerirla, incluida la recuperación y rehabilitación psicológica, como a los efectos del control posterior sobre eventuales formas de violencia o trato negligente a las que pueda verse expuesto el niño -en el centro o la institución- y que afecten su salud y/o integridad personal.

Asimismo, los Estados tienen la obligación de regular los requisitos que deben concurrir para el egreso de los niños, niñas y adolescentes de los centros de acogimiento y las instituciones, y el procedimiento para ello. Las labores de los profesionales del centro deben orientarse a crear las condiciones adecuadas para que el niño pueda dejar en el plazo más breve posible el centro de acogimiento o la institución; las evaluaciones periódicas dan cuenta de las intervenciones realizadas con ese fin y los desarrollos obtenidos. Así, en el momento en que concurran las circunstancias necesarias para el egreso del niño, esta situación debe ser comunicada oportunamente a la autoridad competente, a los efectos de que ésta pueda declarar el cese de la medida especial de protección y el egreso del niño del centro de acogimiento o la institución para reintegrarse a su familia o bien para iniciar su vida independiente como adulto, en caso de haber llegado a la mayoría de edad (CIDH, 2013).

Las residencias como medida de intervención de último recurso

La CIDH señala la prelación de modalidades de cuidado alternativo fijadas por el derecho internacional de los derechos humanos. En este sentido, en primer lugar, debe considerarse su acogimiento en la familia extendida, y en caso de eso no ser posible, en una familia de acogida, señalándose como medida de último recurso el ingreso en un centro de acogimiento y cuidado que pueda prestar una atención personalizada en un ambiente similar al de una familia. La institucionalización en centros de grandes dimensiones, debe ser progresivamente sustituida por los anteriores. Al respecto, la CIDH, de acuerdo con lo establecido en las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, señala algunos criterios a tomar en consideración al momento de definir la modalidad de la medida de protección, reiterando el papel fundamental del interés superior del niño como

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

criterio básico para la determinación y aplicación de las medidas especiales de protección. Además, subraya la importancia de evitar el desarraigo del entorno familiar, social y educativo, lo cual impone la necesidad de hacer efectiva la medida de protección en un lugar cercano al entorno del niño, y de realizarse todos los esfuerzos posibles para mantener los vínculos familiares, incluido el mantenimiento de los hermanos unidos al aplicar una medida de protección que afecte a todos ellos. Se destaca, además, la importancia de asegurar la continuidad y la estabilidad de la medida de protección que suponga un acogimiento alternativo, ya sea en la familia ampliada o la familia acogedora, mientras la medida especial de protección dure; los cambios frecuentes del entorno de acogimiento son perjudiciales para el desarrollo del niño y su aptitud para crear vínculos, y por tanto deberían evitarse.

Por otra parte, la CIDH ha observado que en varios países de la región, el número de establecimientos privados que prestan los servicios de protección y cuidado de carácter residencial a niños sin cuidados parentales es considerablemente alto, y que incluso puede sobrepasar al número de establecimientos públicos de estas características. La CIDH, también, ha identificado que la mayoría de los Estados de la región optan por firmar convenios o contratos con un determinado número de centros de acogimiento o instituciones privados para la prestación de estos servicios, lo que se conoce generalmente como centros de carácter mixto.

Efectos y riesgos de la institucionalización

Diversas investigaciones han evidenciado la forma en que los diferentes sistemas familiares tempranos afectan la salud de la población infanto-adolescente (Fonzo, et. al, 2015; Lindblom et. al., 2017; Lyden et al., 2016; Raymond, Marin, Majeur & Lupien, 2017; Sheridan, Drury, McLaughlin & Almas, 2010; Taylor-Colls & Pasco Fearon, 2015). Dentro de ello, se ha reportado un efecto negativo en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas que llegan a los sistemas de protección infantil institucionalizada (Beckett et al., 2006; Bick, Fox, Zeanah & Nelson, 2017; Troller-Renfree et al., 2014; Sheridan, Fox, Zeanah, McLaughlin & Nelson, 2012). Conjutamente con ello, se ha documentado que la crianza residencial está asociada a efectos negativos en la regulación de las emociones (Tottenham et al., 2010; Ross et al., 2016), dificultades para el desarrollo de competencias sociales (Caprin, Benedan, Ballarin & Gallace, 2017), trastornos de ansiedad (Silvers et al., 2017), asi como también, a déficits en las funciones ejecutivas, como el control inhibitorio, pudiendo contribuir a la posterior externalización de problemas de comportamiento (Bilge Selcuk et al., 2017; Doom & Gunnar; 2016; Wretham & Woolgar, 2017). En tal aspecto, la CIDH, ha reportado que la institucionalización expone a los niños a mayores riesgos de sufrir diversas formas de violencia, abuso, negligencia, e incluso explotación, en comparación con los niños que se encuentran en otras modalidades de cuidado alternativo. En este sentido, en las Américas, así como en todas las regiones del mundo, los niños, niñas y adolescentes en instituciones de

acogimiento se ven expuestos a una violencia de carácter estructural, derivada de las condiciones de cuidado en las que operan muchas de estas instituciones. La violencia en las instituciones es generalmente el resultado de un conjunto de factores asociados con el funcionamiento mismo de estos establecimientos, como la precariedad de sus instalaciones en términos de salubridad y seguridad, el hacinamiento, la falta de personal capacitado para trabajar con niños, el aislamiento social, la aplicación de medidas disciplinarias o de formas de control que incluyan el uso de la violencia o la medicación psiquiátrica innecesaria, y la utilización de algunas formas de tratamiento que constituyen en sí mismas una forma de violencia, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (2013), por ejemplo, ha expresado que las instituciones de cuidado residencial tienen un impacto negativo en la salud y el desarrollo de los niños y que, deben ser sustituidas por otras modalidades de cuidado de alta calidad ya que el uso excesivo de la institucionalización, genera grandes costos para los niños y niñas, sus familias y la sociedad. Una amplia investigación sobre el desarrollo infantil ha mostrado que los efectos de la institucionalización pueden incluir salud física deficiente, graves retrasos en el desarrollo, discapacidad y daño psicológico potencialmente irreversible. Los efectos son más severos, cuanto más tiempo se prolongue la institucionalización y cuanto más deficientes son las condiciones de la institución. El posible impacto perjudicial -a largo plazo- en los niños acogidos en tales instituciones, se atribuye a varios factores; entre ellos, a la ausencia de un cuidador principal con quien crear un vínculo afectivo positivo y relevante para el niño, la falta de estimulación y actividad constructiva, el acceso limitado a los servicios básicos; y, el aislamiento de la familia de origen y de la comunidad (Rapazzo & Saralegui, 2018).

Otro de los principales efectos es la situación de vulnerabilidad a la que están expuestos los niños en instituciones frente a riesgos de sufrir distinto tipo de violencia y explotación. Los niños, niñas y adolescentes en instituciones se ven generalmente sujetos a una violencia estructural derivada de las condiciones de cuidado, como la precariedad de sus instalaciones en términos de salubridad y seguridad, el hacinamiento, la falta de personal para cuidar adecuadamente a los niños, el aislamiento social y el limitado acceso a servicios, la aplicación de medidas disciplinarias o de formas de control que implican violencia, el uso de la fuerza o la utilización de algunas formas de tratamiento que constituyen en sí mismas una forma de violencia, como por ejemplo la medicación psiquiátrica innecesaria, entre otros.

CIPER

CIPER

Requerimientos para la Atención Residencial[12]

Especialización y profesionalización del servicio

Los principios de especialidad y profesionalización respecto de la promoción y la protección de los derechos de la niñez han sido ampliamente reconocidos por el derecho internacional de los derechos humanos, y los mismos se derivan del propio deber de protección especial del cual son merecedores los niños. Se constata que a partir de la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos del Niño el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes ha evolucionado hacia una progresiva especialización y profesionalización de todas las intervenciones que tienen que ver con su cuidado y protección. De forma consecuente con el deber de protección especial se deriva, por tanto, la necesidad que las normas, la institucionalidad, los procedimientos, las intervenciones y los profesionales que se vinculan con la niñez dispongan de las características, especificidades, y cualidades necesarias que les permitan responder adecuadamente a las condiciones particulares de los niños y a la efectiva vigencia y defensa de sus derechos. Al respecto, la CIDH (2013), considera que los principios de especialización y profesionalización son indispensables para la adecuada protección de los derechos de la niñez y el cumplimiento del mandato de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADH).

El Comité de los Derechos del Niño ha reiterado estos principios en sus decisiones al referirse a: a) la necesidad que existan instituciones públicas y privadas concebidas y organizadas para promover y proteger los derechos de la niñez y se encuentren suficientemente dotadas para ello, b) que estas instituciones cuenten con el personal técnico formado y capacitado en derechos de la niñez que puedan atender los requerimientos y necesidades propios de los niños y de su desarrollo, c) la existencia de autoridades administrativas y judiciales especializadas para conocer de asuntos y tomar decisiones que afecten a los derechos de los niños, en aras a garantizar su adecuado tratamiento y efectiva protección; y, d) el diseño de los procedimientos administrativos y judiciales adaptados a las particularidades que implica la toma de decisiones sobre la base del interés superior del niño en cada situación particular, incluyendo -para ello- la adecuación de procedimientos que permitan contemplar la participación y la opinión del niño, la de sus progenitores y la de otras personas relevantes para esta determinación.

Respecto del ingreso de jóvenes al sistema residencial, en el marco del cumplimiento de la ley de responsabilidad Juvenil, éste no debe encubrir una respuesta punitiva al margen de las garantías de la justicia penal juvenil, anque sea bajo el pretexto de su protección. La

[12] Extraído de "El derecho del niño y la niña a la Familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas" (Unicef & CIDH, 2013).



CIDH (2013), coincide con el Comité de los Derechos del Niño en el sentido que los Estados deben garantizar que todos los niños que no hayan alcanzado la mayoría de edad penal pero que estén en conflicto con la ley penal, sean tratados por las autoridades civiles o administrativas en conformidad a lo dispuesto por la Convención y las normas internacionales; y, en particular, que se garantice su acceso a medidas socioeducativas, sin que sean privados de libertad o institucionalizados como parte de una medida punitiva.

La Corte Interamericana y la CIDH también se han pronunciado sobre situaciones en las cuales niños, niñas y adolescentes que requieren de una intervención de protección son tratados bajo el sistema de justicia juvenil. Así, la Corte Interamericana ha dejado claro que ciertos tipos de conducta no tienen lugar en el sistema de justicia juvenil, en tanto, considera que el tratamiento que debe dárseles a los niños -respecto de los cuales deben tomarse medidas de amparo y defensa- se encuentra exento de todo proceso punitivo amparado en el el marco de los propios sistemas nacionales de protección:

> Es inadmisible que se incluya en esta hipótesis [respuesta penal] la situación de los menores que no han incurrido en conducta penalmente típica, pero se encuentran en situación de riesgo o peligro, por desvalimiento, abandono, miseria o enfermedad, y menos aún la de aquellos otros que simplemente observan un comportamiento diferente del que caracteriza a la mayoría, se apartan de los patrones de conducta generalmente aceptados, presentan conflictos de adaptación al medio familiar, escolar o social, en general, o se marginan de los usos y valores de la sociedad de la que forman parte. El concepto de delincuencia infantil o juvenil sólo puede aplicarse a quienes […] incurren en conductas típicas, no así a quienes se encuentran en los otros supuestos. (p. 50)

Condiciones para el acogimiento residencial

Una de las conclusiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que se ha sostenido en el tiempo, hace referencia con que el acogimiento residencial -a tiempo completo- debería reservarse para aquellos supuestos en que se determine que constituye la medida más idónea para atender las necesidades específicas de protección y cuidado del niño, en consideración a las condiciones individuales del niño, además de basarse en los procedimientos y criterios técnicos establecidos en la normativa para el ingreso en estos centros, y de ajustarse la medida al periodo de tiempo más breve posible (CIDH, 2010). Los centros residenciales, por tanto, deben organizarse y funcionar de manera que garanticen y ofrezcan efectiva protección a los derechos de los niños que se encuentran acogidos en ellos. Al respecto, el mismo organismo, señala que el modelo de acogimiento en instituciones residenciales de grandes dimensiones, debería sustituirse por un modelo de atención residencial basado en centros de acogimiento de menores dimensiones, y de reducido número de niños, de manera tal de presentar condiciones adecuadas para una atención de calidad e individualizada a los niños. Por otra parte, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, prioriza el cuidado del niño dentro de un entorno familiar:

CIPER



> Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar. (Art. 23)

Una de las especiales preocupaciones que ha manifestado el Comité de los Derechos del Niño, ha resultado el acogimiento residencial de niños en edad lactante y preescolar, debido -principalmente- a los cuidados y atenciones que requiere este grupo en particular, dada sus características de edad y la relevancia de esta etapa para su adecuado desarrollo físico y psicológico. En el caso de los niños menores de tres años, las *Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños* (Unicef, 2010) señalan la importancia que los niños sean acogidos en un ambiente familiar y la necesidad de evitar su ingreso a una institución residencial; ello, en consideración con las necesidades especiales y requerimientos propios del ciclo vital en el cual se encuentran.

La misma CIDH aprueba que algunos Estados, como es el caso de Uruguay, haya aprobado legislación que establece un plazo máximo de permanencia de los niños pequeños en las mismas; así, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 18.590, los niños entre 0 y 2 años no podrán estar más de 45 días en una institución. Para los niños y niñas entre dos y siete años, el plazo máximo se ha establecido en 90 días (CIDH, 2013).

La Corte y la Comisión han entendido que el factor de la edad y el paso del tiempo son cruciales en el establecimiento de los lazos de afectividad, la creación de vínculos familiares, el desarrollo de la personalidad y la formación de la identidad del niño, en particular en edades tempranas. Por consiguiente, existe un deber de diligencia excepcional dado que el factor tiempo puede causar daños irreparables al niño. En base a ello, la Comisión recomienda a los Estados que tomen todas aquellas medidas adecuadas para prevenir las situaciones que requieran o den lugar a la separación del niño de su familia, además de garantizar la vigencia del principio de excepcionalidad en la adopción de medidas de protección que impliquen el ingreso y la permanencia en instituciones. Se alienta a los Estados Partes a invertir en programas de familias acogedoras y a apoyarlas adecuadamente, como medida para atender aquellos casos en los cuales la familia del niño no pueda hacerse cargo temporalmente de él.

En el caso de que extraordinariamente se ocupara la modalidad residencial, deberán realizarse todos los esfuerzos para que la acogida en un centro de carácter residencial sea por el periodo de tiempo más corto posible, promoviéndose la reintegración a su familia nuclear, ampliada o de acogida, u otra solución de carácter permanente cuando la reintegración no fuera posible.

CIPER



Regulación y supervisión

La CIDH, por tanto, considera que los Estados Partes tienen el deber de regular y supervisar el establecimiento y el funcionamiento de todos los centros de acogimiento e instituciones. La Comisión subraya que estas obligaciones de regulación y supervisión tienen una importancia fundamental cuando se trata de los servicios que brindan los centros de acogimiento y las instituciones públicas o privadas que tienen a su cargo la protección, guarda y cuidado de las niñas y los niños separados de sus familias.

En un sentido similar al sostenido por la Comisión y la Corte se manifiesta también la Convención sobre los Derechos del Niño, que en el inciso tercero del artículo N° 3 determina lo siguiente:

> Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada. (Art. 3)

En relación con ello, el Artículo Nº 25 de la CDN pone un especial énfasis en que se asegure la revisión periódica de la medida de protección en relación a los niños que se encuentran en una institución residencial, debido a la necesidad de limitar su permanencia en las mismas a lo estrictamente necesario, y a fin de asegurar que se favorece de modo diligente el objetivo de la reintegración familiar cuando ello fuera posible y responda al interés del niño. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Autorización de funcionamiento y registro administrativo

Para proceder a la habilitación y la autorización de funcionamiento se requiere que el Estado haya previamente establecido, a través de una norma, los criterios técnicos y estándares en relación a los cuales evaluará las características y las condiciones para el funcionamiento de los centros. Los criterios técnicos de apertura y funcionamiento de un centro de acogimiento deben establecerse en consideración al objetivo de protección y restitución de los derechos de los niños que requieren de los cuidados alternativos. Por consiguiente, deberán considerar al menos los siguientes aspectos: a) el tipo y las características de las instalaciones y equipamientos para atender adecuadamente a los niños, b) los estándares del acogimiento, c) los perfiles y calificaciones del personal y los profesionales especializados vinculados al centro, d) el programa de atención y los objetivos que rigen el funcionamiento del centro, e) los servicios de carácter especializado que se presten en el centro, como por ejemplo atención médico-psiquiátrica, u otra que requiera de

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

una autorización especial, f) los registros, expedientes, libros de contabilidad y otra documentación que debe llevar cada una de los centros habilitados. Los contenidos mínimos de cada uno de estos aspectos que se acaban de enumerar, son detallados con posterioridad en este informe que establece que se deben efectuar inspecciones frecuentes, en particular visitas tanto programadas como no anunciadas, que comprendiesen la observación del personal, los niños y entrevistas con ellos.

En cuanto a la posibilidad que las organizaciones de la sociedad civil realicen visitas e inspecciones, con el objetivo de constatar la situación en la cual se encuentran los niños en los centros de acogimiento y las instituciones residenciales, en términos generales, la CIDH ha observado que son muy pocas las organizaciones que realizan este tipo de tareas en la región. Asimismo, aquellas organizaciones que realizan estas inspecciones han expresado que tienen importantes problemas para acceder a dichas instituciones, especialmente cuando pretenden acceder sin aviso previo o tener entrevistas privadas con los niños institucionalizados.

La CIDH estima indispensable el funcionamiento efectivo de mecanismos independientes de supervisión y monitoreo de la situación en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes en todos los centros de acogimiento e instituciones residenciales. Este tipo de sistema, sumado a la existencia de mecanismos de registro de información fiable, sobre las instituciones y los niños, son aspectos de especial trascendencia a la hora de realizar evaluaciones periódicas sobre el funcionamiento de los centros y las instituciones a fin de corregir aquellos aspectos que puedan constituir una violación de los derechos de los niños.

Presentación de quejas, denuncias y peticiones

El personal de los centros e instituciones, debería tener la obligación de notificar los casos y las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que puedan suponer una vulneración a los derechos de los niños en el marco de la atención que reciben en la institución o el centro, además de regularse las sanciones adecuadas, de carácter disciplinario o de otra índole, si se comprueba el incumplimiento de esta obligación.

Los centros e instituciones deberán contar con protocolos claros y bien divulgados sobre los mecanismos y procedimientos de queja y denuncia. Todas las comunicaciones, quejas o denuncias, deberán quedar registradas y ser accesibles a las autoridades públicas responsables de la supervisión del centro, así como poder ser revisadas por los mecanismos de control independiente. El registro deberá incluir, el curso de acción tomado para atender adecuadamente las quejas y comunicaciones, además de contener el resultado de las acciones emprendidas. Asimismo, la resolución que se adopte frente a la queja, deberá ser fundamentada, considerando la posibilidad de recurrir a dicha resolución ante una autoridad independiente e imparcial. De esta forma, se impone la obligación de los Estados de actuar

CIPER

de oficio para prevenir, investigar, procesar, sancionar y reparar cualquier violación de derechos humanos de los niños que se encuentren en centros de acogimiento o instituciones.

Estándares mínimos para el acogimiento residencial

Se considera un estándar a aquel criterio de calidad técnicamente pertinente y actualizado para el adecuado funcionamiento de los centros de acogimiento, lo cual responde a los avances en materia de derechos introducidos por la Convención de los Derechos del Niño/a, la Convención de los Derechos de la Discapacidad y los avances teóricos en materia de intervención infanto adolescente. Esto permite definir las medidas de eficacia para la evaluación externa de los procesos de intervención en la atención residencial, disminuyendo con ello, la subjetividad. En base a lo anterior, se exige a los centros, la elaboración de un programa de intervención, documento en el cual deberán quedar explicitados los criterios teóricos y prácticos de la actuación del centro. En estos documentos se deben desarrollar en detalle los objetivos, las propuestas y metodologías de la intervención de los centros de acogimiento. Así, por ejemplo, el régimen de visitas de familiares y amigos del niño a la institución, al igual que el régimen de salidas del niño para visitar a su familia y comunidad, deberán contemplar adecuadamente el respeto de los derechos de los niños y su opinión, a la vez que se toman en cuenta factores relacionados con la seguridad del niño, en función de las circunstancias individuales; por ejemplo, debe facilitarse que los niños reciban visitas no sólo de sus familiares cercanos sino de la familia extensa y amigos, además de eliminar restricciones innecesarias que dificulten las visitas, como horarios de visita muy limitados y sin consulta a los familiares a menos que, lo anterior fuera en contra del interés del niño o de su opinión. En el caso de establecerse alguna restricción al régimen de visitas, las mismas deben ser tanto explícitas como fundamentadas y, quedar constancia en el expediente del niño.

En cuanto a su localización, los Estados deberán garantizar que los centros de acogimiento, se encuentren localizados de tal modo de asegurar la cercanía del niño a su familia y su comunidad. Esto se considera esencial a los efectos de asegurar de manera efectiva el mantenimiento de la vinculación familiar y, evitar que se interrumpan los lazos y conexiones del niño con su entorno y comunidad, además de, contribuir a promover la reintegración del niño a su familia cuando se den las condiciones para ello, en atención a su interés superior. Junto a lo anterior la Comisión estima conveniente que, las instalaciones de los centros de acogimiento estén situadas en lugares que tengan en cuenta, el fácil acceso a medios de transporte y a los servicios de educación, salud, ocio y recreación, así como al empleo, dependiendo de la edad del adolescente. A estos efectos se considera indispensable que los Estados dispongan de centros descentralizados, preferentemente pequeños, que se encuentren cerca de las comunidades de origen de los niños, las instituciones no deben superar su capacidad instalada y deben alojar un número razonable de niños de acuerdo con

CIPER



sus dimensiones, evitando alcanzar condiciones de hacinamiento y respetando condiciones que permitan el respeto de la privacidad de los niños.

Espacio físico y Equipamiento. El espacio físico habitacional de los centros de acogimiento, debe asegurar el respeto de la dignidad y la salud de los niños que se encuentran habitando los mismos[13]. El medio físico y estructural debe responder a la finalidad que cumplen los centros de acogimiento, es decir, la restitución y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, teniéndose debidamente en cuenta sus necesidades vinculadas al desarrollo integral de su personalidad. Para esos efectos, las instalaciones deben permitir el desarrollo de las propuestas de intervención de los centros, tanto en lo que refiere al trabajo personalizado con los niños, así como en lo que respecta al trabajo grupal, además, favorecer el estudio, la recreación y la realización de actividades deportivas, condiciones adecuadas de reposo, asi como también la visita familiar, entre otros. En particular, las instituciones residenciales deben tener debidamente en cuenta las necesidades de los niños de intimidad, de estímulos sensoriales y de oportunidades de asociarse con sus compañeros y de participar en actividades deportivas, artísticas y de esparcimiento, así como también, contar con las medidas de seguridad, evacuación y emergencia, necesarias para salvaguardar los derechos de los niños[14].

Aspectos relativos al personal. Con relación a lo referido, la Comisión entiende que la legislación debería contener una regulación adecuada, como mínimo en lo que se refiere a los siguientes aspectos: a) el número de personal requerido en función del número de niños que son cuidados en cada centro o institución, sus edades y necesidades especiales (ratio profesional/niño), b) los perfiles profesionales que deben estar presentes en todos los centros e instituciones para cumplir adecuadamente con los fines que les son atribuidos por la normativa a estos centros, c) considerar perfiles profesionales concretos que se requieren cuando los centros presten determinados servicios especializados, d) las funciones básicas que deben desempeñar los diversos profesionales asignados a los centros e instituciones; y, e) las calificaciones mínimas exigidas, además de requerirse conocimientos adecuados y actualizados sobre derechos humanos de los niños, desarrollo y psicología infanto-juvenil, protección a la niñez, y medidas disciplinarias no violentas, entre otros, necesarios para promover la idoneidad y la calidad del cuidado que se prestara a los niños.

[13] Reglas de La Habana, Reglas 12, 13 y 87, inc. f.; Reglas de Beijing, Regla 27. Comité de los Derechos del Niño, Comentario General No. 10, Los derechos del niño en la justicia de menores, CRC/C/GC/10, 25 de abril de 2007, 44º período de sesiones, párrafo 89. En El derecho del niño y la niña a la Familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas (Unicef & CIDH, 2013).

[14] Comité de los Derechos del Niño, Comentario General No. 10, Los derechos del niño en la justicia de menores, CRC/C/GC/10, 25 de abril de 2007, párrafo 89. En El derecho del niño y la niña a la Familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas (Unicef & CIDH, 2013).

La Comisión considera indispensable, para asegurar los derechos de los niños, que los Estados -en el marco de los procedimientos de habilitación y supervisión- identifiquen si los centros e instituciones disponen del personal suficiente y profesionalmente adecuado a fin que los niños puedan recibir una atención personalizada y un cuidado idóneo. La legislación debería, además, contemplar sanciones adecuadas en caso que los centros o instituciones no cumplan con la normativa relativa al personal, pudiendo suponer -entre tales sanciones- el cierre del centro o institución.

*Separación por edades, necesidades de protección y cuidado***.** Se requiere también una adecuada ubicación de los niños, niñas y adolescentes en el interior de las instalaciones del centro. Esta distribución debe tener en cuenta las edades, el sexo, las necesidades y requerimientos de tratamiento, y otras condiciones relevantes de los diversos niños, niñas y adolescentes. Al respecto, la Comisión indica que los hermanos que mantienen vínculos fraternos, en principio, no deberían ser separados a menos que exista un riesgo evidente de abuso u otra justificación que responda al interés superior del niño.

Documentación y Archivo. Los expedientes de los niños y niñas en acogimiento, deben ser completos, actualizados, confidenciales y seguros. El expediente del niño debería contar con la información sobre su familia, incluir las evaluaciones y los informes completos que fueron practicados al inicio de la medida de protección. Además, debe constar con las evaluaciones periódicas de seguimiento realizadas por un equipo multidisciplinario para determinar la idoneidad de la medida, su modificación o cese, y toda la información relativa al proceso de revinculación con su familia y comunidad, siendo un componente destacado del expediente el plan individual de cuidado del niño. Los informes médicos y psicológicos, así como la existencia de cualquier tipo de tratamiento y su evolución, deben ser incluidos en el expediente, junto a la información relativa a la educación del niño y su formación. Este expediente debería acompañar al niño durante todo el periodo de acogimiento alternativo y ser consultado por los profesionales debidamente habilitados encargados en cada momento de su cuidado.

*Sistemas disciplinarios y el uso de la fuerza***.** La Comisión entiende que la disciplina debe ser siempre administrada de forma respetuosa y consistente con los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes, su dignidad e integridad personal. En consecuencia, el Comité de los Derechos del Niño se ha referido a los procedimientos disciplinarios, estableciendo que: Toda medida disciplinaria debe ser compatible con el respeto de la dignidad inherente del menor y con el objetivo fundamental del tratamiento institucional; deben prohibirse terminantemente las medidas disciplinarias que infrinjan el Artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular los castigos corporales, la reclusión en celda oscura y las penas de aislamiento o de celda solitaria, así como cualquier otra sanción que pueda poner en peligro la salud física o mental o el bienestar del menor.

CIPER

Al respecto, la directriz 96 de las Directrices sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños, dispone que: Todas las medidas disciplinarias y de control del comportamiento que constituyan tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluidas las medidas de aislamiento e incomunicación o cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental del niño, deben quedar prohibidas estrictamente de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. Los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para impedir tales prácticas y garantizar su punibilidad conforme al derecho. Nunca debería imponerse como sanción, el restringir el contacto del niño con los miembros de su familia y/o con otras personas de importancia especial para él.

Revinculación familiar y su reintegración social. La Comisión afirma que es obligación de los Estados, como parte de sus sistemas de protección, establecer servicios para facilitar que los niños que estuvieron en las instituciones residenciales puedan reintegrarse a la comunidad. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño se ha pronunciado respecto de varios Estados de la región al recomendar fortalecer las estrategias que permitan la revinculación familiar y su reintegración social.

Derecho a la salud física y mental. En cuanto al alcance de dichas obligaciones, el Comité de los Derechos del Niño ha indicado que: "Los niños tienen derecho a servicios de salud de calidad, incluyendo la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y tratamientos paliativos". La norma 49 de las *Reglas de La Habana*, dispone que: Todo menor deberá recibir atención médica adecuada, tanto preventiva como correctiva, incluida atención odontológica, oftalmológica y de salud mental, así como los productos farmacéuticos y dietas especiales que hayan sido recetados por un médico. La Comisión considera que el acceso a los servicios de salud y la atención médica debe prestarse a los niños, niñas y adolescentes por intermedio de los servicios e instalaciones sanitarios apropiados dentro de la comunidad en que esté situada la institución, siempre que ello fuera posible y acorde con el interés del niño.

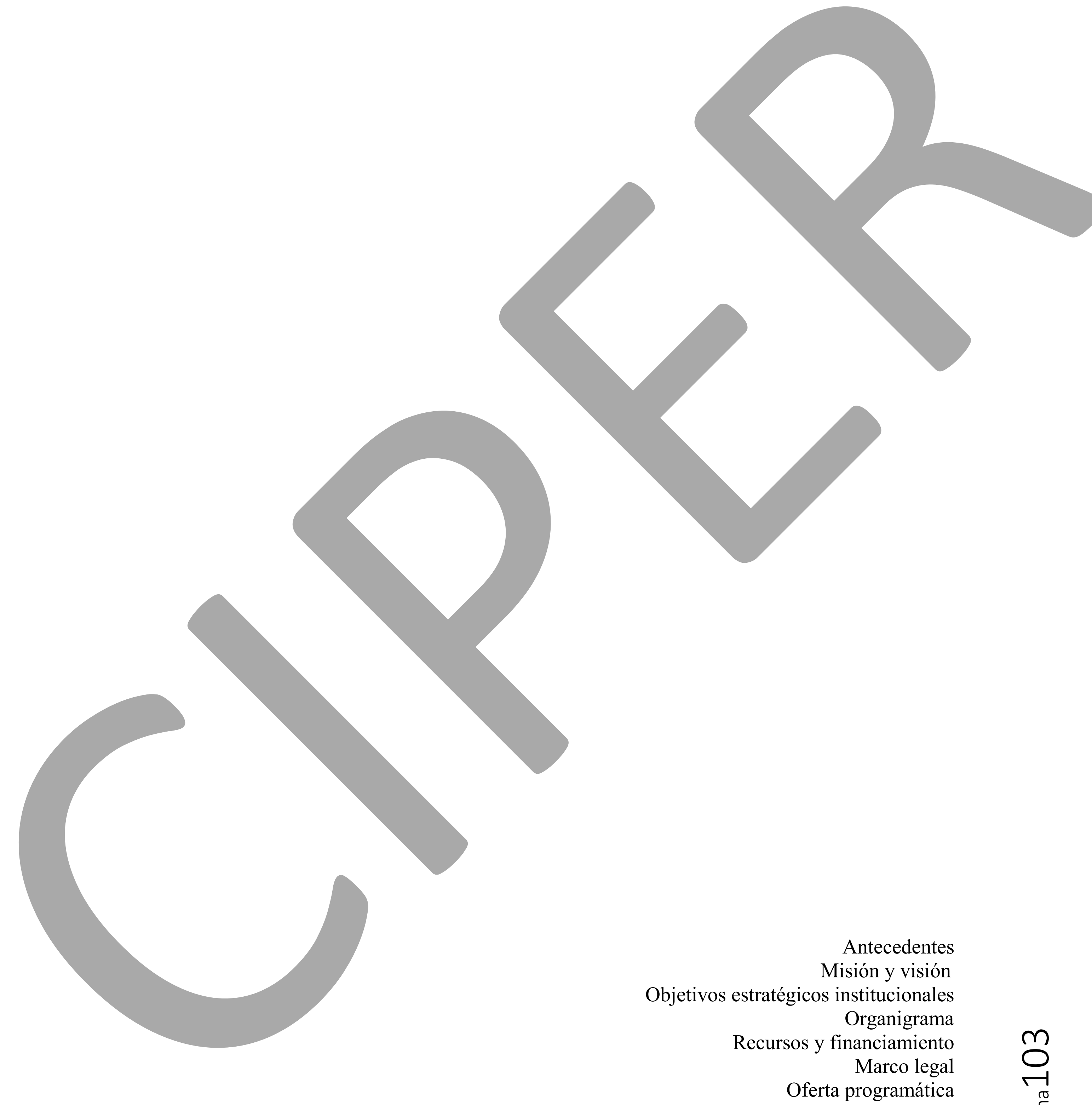
*Derecho a la educación y a la recreación***.** Los niños, niñas y adolescentes en centros o instituciones tienen además derecho al acceso a actividades recreativas, culturales y de ocio que contribuyan a su formación integral, en igualdad de condiciones que aquellos niños que no se encuentren en acogimiento residencial. Las instalaciones de las instituciones residenciales deben estar habilitadas y tener espacios suficientes para permitir la recreación, el ocio, la cultura y el juego de los niñas, niñas y adolescentes, además de adaptar estos espacios y las actividades a las diferentes edades de los niños y adolescentes.

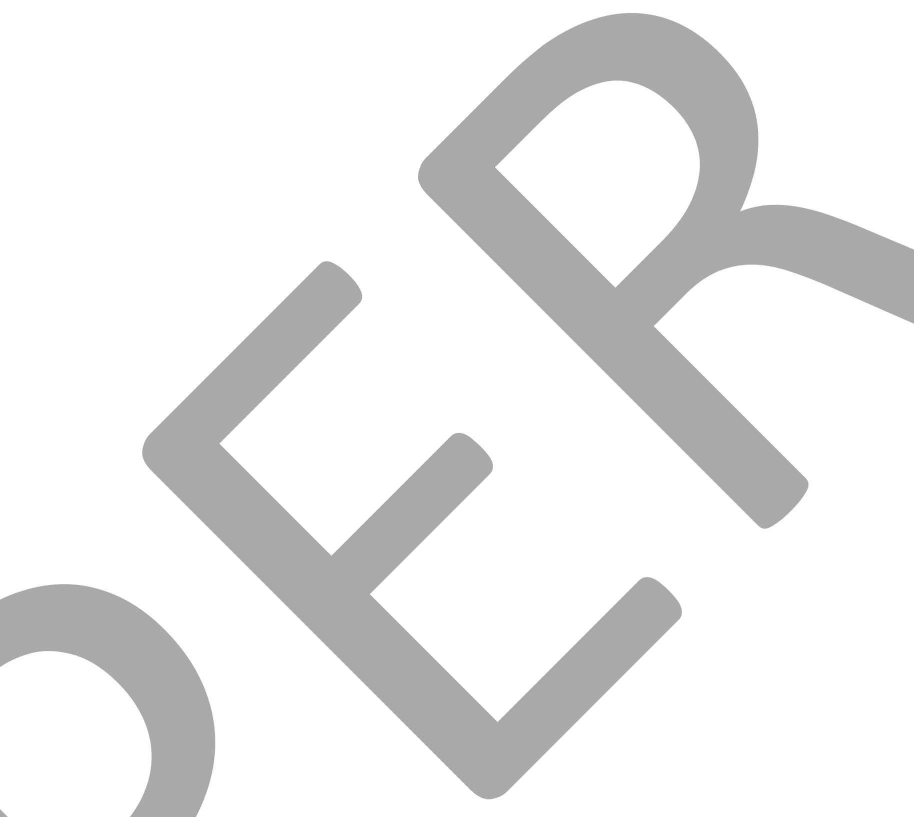
CIPER

CIPER

CAPÍTULO 5

EL SERVICIO NACIONAL DE MENORES


CIPER



El Servicio Nacional de Menores

Antecedentes

El Servicio Nacional de Menores -Sename- como organismo del Estado dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, tiene como objetivo principal, contribuir a proteger y promover los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y, además, se enfoca en la reinserción de los adolescentes que han infringido la ley (Sename, 2018).

Este organismo fue Creado a partir del Decreto Ley N° 2.465, con fecha de publicación de 16 de enero de 1979, y su misión fundamental fue definida como:

> Contribuir a proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en el ejercicio de los mismos y a la reinserción social de adolescentes que han infringido la ley penal (…) Para dicho efecto, corresponderá especialmente al Sename diseñar y mantener una oferta de programa especializados destinados a la atención de dichos niños, niñas y adolescentes, así como estimular, orientar y supervisar técnica y financieramente la labor que desarrollen las instituciones públicas o privadas que tengan la calidad de colaboradores acreditados. (Artículo N° 1, Ley Orgánica del Servicio Nacional de Menores, 1979)

Por otra parte, según el Artículo Nº 2, el Servicio Nacional de Menores orientará su acción a:



A los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos, cuando esta situación tenga como causa principal: La falta de una familia u otra persona legalmente responsable que se haga cargo de su cuidado personal; Acciones u omisiones de los padres o de las personas que tengan su cuidado personal; La inhabilidad transitoria o permanente de estas personas para velar por los derechos de aquellos sin ayuda del Estado y la propia conducta de los niños, cuando ésta ponga en peligro su vida o integridad física o psíquica.

A los adolescentes imputados de haber cometido una infracción, incluyéndose en estos a aquellos sujetos a una medida privativa o no privativa de libertad decretada por el tribunal competente a una pena como consecuencia de haberla cometido. A todos los niños, niñas o adolescentes, en relación con la prevención de situaciones de vulneración de sus derechos y promoción de los mismos.

En respuesta al mandato legislativo y a la ratificación de la CDN, Sename cuenta con tres líneas programáticas, en las que considera -además- los mandatos emanados de los diversos tribunales del país y del Ministerio de Justicia:

- Adopción
- Protección de derechos
- Justicia Juvenil

Dentro de cada una de estas líneas de acción, Sename cuenta con Programas y Centros de Administración Directa, los cuales a partir de la responsabilidad que le compete al Estado, asumen requerimientos específicos para la atención de población altamente vulnerada, que permanece transitoriamente en cuidado alternativo residencial o familiar o con intervención ambulatoria bajo su tutela y/o con Organismos Colaboradores Acreditados Privados, (modalidad residencial y ambulatoria) que reciben una subvención estatal para su funcionamiento. Estos últimos, a través de licitaciones públicas, son financiados y supervisados por el servicio para la ejecución de diversos programas. Actualmente existen 836 Organismos Colaboradores Acreditados que ofrecen una oferta programática amplia a los NNA del país, 797 de ellos son personas jurídicas y 39 personas naturales.

Así también, en el área de Justicia Juvenil, existen Centros de Internación Provisoria, Cerrados y Semi-cerrados, que son administrados por Sename, y programas en medio libre, que son administrados por organismos colaboradores acreditados que también reciben subvención y supervisión del Servicio.

Misión / Visión

La misión institucional, obedece a contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del servicio. Dentro de sus objetivos se encuentra la satisfacción de necesidades básicas, la entrega de apoyo psicosocial que contribuya a disminuir el daño generado por las experiencias negativas vividas, la promoción

CIPER

de recursos personales y autonomía progresiva que les permita a niños y niñas integrarse al espacio social desde un tipo de relación más esperanzadora, junto con el fortalecimiento de las competencias de las familias para asumir nuevamente el cuidado de ese niño o niña (Marianjel, Dávila & Ortiz, 2012). Para el logro de estos objetivos, los sistemas residenciales se estructuran a partir de grupos de niños y/o niñas, organizados por edades u otros criterios particulares, a cargo de una figura cuidadora. Esta figura es asesorada, generalmente por un equipo técnico conformado por trabajador social y psicólogo, quienes aportan herramientas para promover la generación de un espacio de convivencia nutritivo. En otras palabras, desde el momento en que el niño ingresa al sistema residencial, ya sea por razones técnicas o administrativas, pasa a formar parte de un grupo de referencia, que para los efectos de su permanencia puede ser homologable a una familia. En este espacio el niño o niña expresará sus deseos, sus necesidades, sus dolores y encontrará o no contención y afecto, dependiendo de la forma como se estructuren las relaciones al interior de la residencia, que trascienden la dimensión del ejercicio técnico y administrativo propuesto por la institucionalidad (Gallegos, Jarpa & Opazo, 2018).

Objetivos Estratégicos Institucionales

Los objetivos, que por ley le corresponden al servicio señalan que le corresponderá a Sename:

- Restituir y/o reparar los derechos de los niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos por medio de prestaciones de protección.
- Reinsertar socialmente a adolescentes imputados/as y/o condenados/as conforme a estándares definidos por la Ley 20.084.
- Promover los derechos y prevenir la vulneración de los mismos para niños/as y adolescentes.
- Supervisar tanto el cuidado de los niños/as y adolescentes atendidos en la oferta del servicio, como a su vez hacer uso eficiente de los recursos disponibles, a fin de mejorar la calidad de las prestaciones dando cumplimiento a los estándares establecidos por el servicio, en concordancia con mandatos legales aprobados por el Estado de Chile.
- Adecuar continuamente la oferta dedicada a la atención de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as en sus derechos y la rehabilitación de adolescentes que han infringido la ley, a fin de adecuarlas a las políticas nacionales e internacionales sobre la materia y mandatos legales aprobados por el Estado de Chile, en conformidad a estándares de calidad.

Organigrama

El Servicio Nacional de Menores (Sename, 2018), de acuerdo al organigrama actualizado con fecha 06 de abril de 2018 tiene 14 Unidades que dependen de la Directora Nacional, así como también 15 Direcciones Regionales. En tanto, los Centros de Administración Directa (CREAD) dependen directamente de las Direcciones Regionales (Figura 1).

COPIA

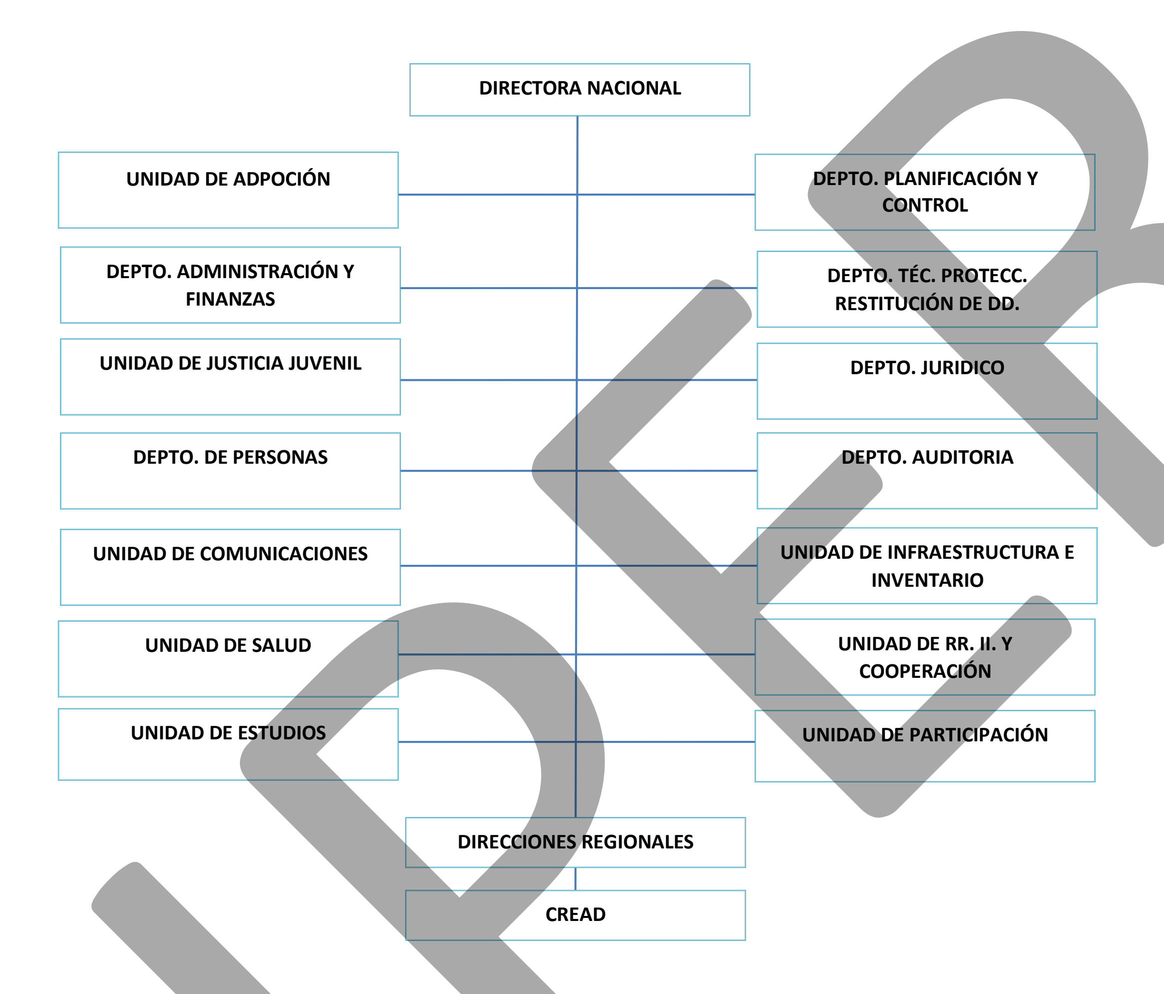


Figura 1. Organigrama del Servicio Nacional de Menores

Recursos y financiamiento.

El Servicio Nacional de Menores, destina recursos para la atención de niños, niñas y adolescentes del país en cuanto a las intervenciones que prestará de acuerdo a cada modalidad: OPD, DAM, Residencias y Programas. Se rige de acuerdo a la Ley de Subvenciones Nº 20.032 que establece su régimen de subvención en todo el sistema de atención través de colaboradores del servicio. Como señala el artículo Nº 30 de la señalada ley, la subvención ofrecida por el Sename por cada línea de acción deberá respetar los siguientes rangos, expresados en *Unidad de Subvención Sename* (USS):

CIPER

Tabla 9

Subvenciones de Sename a Organismos Colaboradores

LINEA DE ACCION	FORMA DE PAGO	VALOR BASE
Oficinas de Protección de Derechos del NNA (OPD)	Por población convenida con valor unitario	0.083 a 0.12 USS mensuales
Diagnósticos	Por Servicio Prestado	8 a 10 USS
Centros Residenciales	Sistema Combinado: por plaza convenida, a todo evento en la parte fija de los costos, la que no podrá exceder del 30% del valor unitario y por niño atendido, en la parte variable de los mismos.	8,5 a 15 USS mensuales
PROGRAMAS		
Programa de prevención	Por población atendida con valor unitario.	3 a 5 USS mensuales
Programa de fortalecimiento familiar.	Sistema Combinado: Por niño atendido a todo evento y un adicional por niño egresado favorablemente.	3 USS mensuales a todo evento y 10 USS por niño egresado favorablemente.
Programa de promoción.	Por proyecto.	Hasta 200 USS (a nivel local), Hasta 2.000 USS (a nivel regional), hasta 20.000 USS (a nivel nacional)
Programa de medidas de reinserción para infractores de ley penal en general.	Por niño atendido.	Valor base a determinar en el rango entre 0,5 y 7,99 USS mensuales.
Programa de libertad asistida	Por niño atendido.	8 a 12 USS mensuales
Programa de Protección en general	Por población atendida con valor unitario	Valor base a determinar en el rango entre 0,5 a 8,99 USS mensuales
Programas de protección especializados	Por niño atendido	9 a 15 USS mensuales.
Programas de familias de acogida	Por niño atendido	6,5 a 9 USS mensuales.
Programas de emergencia	Por Proyecto	Hasta 2.000 USS.

Fuente: Ley de Subvenciones N° 20.032

El Artículo Nº 32 de la Ley Nº 20.032, señala que la USS tendrá un valor de $10.000 (diez mil pesos). No obstante, el valor nominal de la USS se reajustará en el mes de enero de cada año, en el porcentaje de variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor durante el año precedente.

El Sename podrá destinar hasta el 2% de los recursos con que cuente anualmente en su presupuesto de programas a premiar con un bono de desempeño, por la calidad de la atención y los resultados alcanzados, a los colaboradores acreditados que ejecuten la Línea de Acción Programas. El bono de desempeño se adjudicará y pagará a los colaboradores anualmente y deberá ser destinado a los fines propios del colaborador. El reglamento determinará la forma en que procederá su asignación. El Articulo Nº 34, señala que "estarán

CIPER

excluidos de este beneficio los programas a que se refiere el artículo Nº 16 de la Ley Nº 20.032.

Marco legal

La acción del Servicio Nacional de Menores, en materia de protección, encuentra su marco orientador en los postulados de la Convención sobre los Derechos del Niño y en otros cuerpos legales, que definen institucionalmente la voluntad del Estado de otorgar vigencia y operatividad a los derechos de niños/as y adolescentes.

La convención de los Derechos del Niño, constituye para el Sename el sustento jurídico y ético de su quehacer. La CDN, releva a partir del concepto "interés superior del niño" la preocupación por la protección y el cuidado, distinguiendo las que son sus obligaciones específicas y el detalle de los derechos que atañen a la acción del Estado, y que instituyen asimismo la acción del servicio en materia de protección.

La Ley de Menores y sus actualizaciones otorgan el marco para la acción del servicio en materia de protección. El detalle de las disposiciones se encuentra en el texto de la Ley 16.618, en lo referido a las causales de protección que conciernen a la conducta de padres y adultos responsables y en lo referido a las instancias de protección.

La Ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia como una judicatura especializada, genera un escenario para la mejor realización de las tareas de protección que conciernen al Servicio Nacional de Menores, define sus competencias, la relación de su quehacer en este ámbito e instruye respecto de las implicancias judiciales de las medidas de protección de los derechos para los niños, niñas y adolescentes. Por su parte, la Ley N° 20.032 de Subvenciones para la atención de niños y niñas a través de su red privada de colaboradores, constituye el cuerpo legal que especifica y reglamenta la oferta del servicio en las modalidades de intervención, cuya implementación compete a los organismos colaboradores de la red privada. A ellos se transfieren, a través de procesos de licitación pública, recursos para el financiamiento de los programas.

Oferta Programática

La intervención desarrollada por el Sename, cuenta con tres áreas o líneas de acción a saber: Adopción, Justicia Juvenil y Protección de Derechos.

Área de adopción

En Chile, la adopción se encuentra regulada por la Ley Nº 19.620, del 5 de agosto de 1999; por su Reglamento, contenido en el DS Nº 944 del año 2000, del Ministerio de Justicia y por el Convenio de La Haya sobre Protección del Niño y Cooperación en Materia de Adopción Internacional de 1993, ratificado por Chile en 1999. Lo más importante de este último cuerpo normativo, es que coordina oficialmente las relaciones en materia de adopción

CIPER

entre los países que hayan ratificado dicho convenio, con el propósito de generar adopciones seguras entre el país de origen del niño/a y el país de recepción, que constituirá su residencia definitiva.

Para que un niño/a o adolescente sea declarado susceptible de ser adoptado, es necesario que la solicitud se fundamente en algunas de las causales que el Artículo Nº 12 de la Ley Nº 19.620 dispone. Por tanto, se procederá a la declaración de susceptibilidad de adopción cuando el padre, madre o las personas a quienes se haya confiado su cuidado se hallen en alguna de las siguientes situaciones (Sename, 2016):

1. Se encuentren inhabilitados física o moralmente para ejercer el cuidado personal, de conformidad al artículo Nº 226 del Código Civil.
2. No le proporcionen atención personal o económica durante el plazo de dos meses. Si el menor tuviere una edad inferior a un año, este plazo será de 30 días.
3. Lo entreguen a una institución pública o privada de protección de menores o a un tercero, con ánimo manifiesto de liberarse de sus obligaciones legales.

Es importante señalar que el Artículo Nº 10 de la referida ley, permite iniciar la causa de susceptibilidad de adopción antes del nacimiento del hijo, interviniendo con su patrocinio el Servicio Nacional de Menores o un organismo acreditado ante este.

La Ley Nº 19.620 define en el Artículo N° 7 que:

> El programa de adopción es el conjunto de actividades tendientes a procurar al menor una familia responsable. Estas actividades la realizarán el Servicio Nacional de Menores y los organismos acreditados ante éste a través de profesionales expertos y habilitados en esta área. Comprende principalmente el apoyo y orientación a la familia de origen del menor, la recepción y el cuidado de éste, la evaluación técnica de los solicitantes y la preparación de estos como familia adoptiva, a cuyo efecto les corresponderá acreditar la idoneidad.

También, la ley en su Artículo Nº 8 letra b) señala que pueden ser adoptados “el menor que sea descendiente consanguíneo de uno de los adoptantes”, normalmente denominada “regularización de una situación filial de hecho”, mientras que en los casos de niños/as cedidos en adopción, abandonados, y/o con padres inhábiles y que son declarados susceptibles de ser adoptados, se la denomina simplemente como adopción, que culmina con el denominado “enlace” con sus nuevos padres.

El área de adopción en Sename cuenta con una orgánica dependiente de la Dirección Nacional, conjuntamente con ello, Unidades de Adopción a nivel regional que dependen de las Direcciones Regionales del servicio. Esta área, no cuenta con programas y residencias de administración directa del Estado. En cuanto a los programas de Organismos Colaboradores Acreditados es posible distinguir los siguientes: Programas de Adopción Global (PAG), Programas de Reparación del Abandono para la Integración de Niños/as Institucionalizados/as en Familia Alternativa a la de Origen (PRI), Programa de Familia de Acogida Simple (FAS) y Programa de Fortalecimiento de la Parentalidad Adoptiva (FPA).

CIPER



CIPER

Área de Justicia Juvenil

En el año 2007 entra en vigencia la Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente (LRPA) que crea un nuevo sistema punitivo para menores de edad entre 14 y 18 años. La LRPA instaura, por primera vez, un régimen especializado de sanciones enfocado en las necesidades formativas de los adolescentes, el cual comprende desde la pena de amonestación hasta la privación de libertad.

Esta última es la sanción más severa para menores de edad, la cual se ejecuta mediante la internación en alguno de los centros especializados del Servicio Nacional de Menores, ya sea en Régimen Cerrado para los delitos más graves (CIP [Centro de Internación Provisoria] o CRC [Centro de Régimen Cerrado]) o Semi Cerrado (CSC), donde los adolescentes deben llegar a dormir cada noche a los centros. Ambas modalidades se encuentran resguardadas -en su periferia- por Gendarmería de Chile.

La internación consiste en la residencia obligatoria en uno de los centros de privación de libertad, ya sea de manera parcial con tiempos en el medio libre -en el caso del Régimen Semi Cerrado- o total, si se habla de Régimen Cerrado. En ambos casos se incluirá en la sanción la reinserción social, la que se llevará a cabo mediante la realización de distintos programas que consideran la reincorporación escolar y el desarrollo de actividades socioeducativas, según los artículos Nº 16 y Nº 17 de la LRPA. En tal sentido, el Servicio Nacional de Menores es el organismo encargado de ejecutar las medidas y sanciones establecidas por un tribunal cuando adolescentes de entre 14 y 18 años cometen un delito, sin embargo, no tiene participación ni en la formalización ni en la investigación de los casos.

Para cumplir su función, los Organismos Colaboradores que tiene Sename mantienen una serie de programas dirigidos a dar efectividad a las medidas judiciales no privativas de libertad: Programas de Reinserción Educativa para Adolescentes Privados de Libertad (ASR), Programa de Medidas Cautelares Ambulatorias (MCA), Programas de Libertad Asistida (PLA), Programas de Libertad Asistida Especial (PLE), Programas de Salidas Alternativas (PSA), Programas de Servicios en Beneficio de la Comunidad y de Reparación del Daño Causado (SBC), Programas de Intermediación Laboral (PIL), Programas de apoyo psicosocial para adolescentes privados de libertad y en el medio libre.

Área Protección de Derechos

La red de oferta programática del Sename y su Departamento de Protección de Derechos, se estructura de acuerdo a la realidad en que viven los usuarios. Esta ha sido diseñada para enfrentar situaciones de vulneración de derechos, conforme a la naturaleza y complejidad de la situación que afecta a las víctimas.

En cuanto a la modalidad residencial, los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) son centros residenciales administrados directamente por



Sename, donde todos los casos que se atienden corresponden a derivaciones desde Tribunales de Familia. Cada centro está concebido como un espacio residencial para implementar las medidas de protección decretadas por la autoridad judicial, caracterizadas por su condición excepcional y provisoria, a las que solo se recurrirá cuando los niños y niñas de entre 0 y 18 años deban ser separados de sus familias para la protección de sus derechos, al tiempo que se profundiza tanto el diagnóstico que dio origen a la medida como su situación sociofamiliar y de desarrollo individual, a fin de proponer los medios más adecuados para la pronta restitución de sus derechos.

Se concentran en niños, niñas, adolescentes y familias con problemas altamente complicados o con necesidades especiales: deserción escolar prolongada, consumo problemático de drogas, víctimas de las peores formas de trabajo infantil, explotación sexual comercial, conductas trasgresoras tipificadas como delito, familias ausentes o con conductas irresponsablemente negligentes, vínculos familiares donde predomina la violencia, niños/as viviendo en caletas (situación de calle) o en sectores caracterizados por la presencia de grupos con comportamiento delictivo (quienes impactan fuertemente en la convivencia de la comunidad), con requerimiento de separación de su núcleo familiar de origen, entre otras problemáticas.

En cuanto a los Programas Ambulatorios están destinados a desarrollar intervenciones con NNA con un nivel de baja a mediana complejidad. En estos casos, la oferta de programas se destina a la protección y prevención focalizada a nivel comunal, acogiendo a niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración de derechos y riesgo considerados de baja a mediana complejidad. En este nivel, existen problemáticas relacionadas con repitencia o pre-deserción escolar, consumo no problemático de drogas, conductas trasgresoras que no llegan a ser tipificadas como delito, vínculos intrafamiliares basados en relaciones sostenidas de violencia e instalados en un ambiente marcado por conductas infractoras: tráfico de drogas, robos menores, maltrato infantil leve, víctima o causante de bullying, entre otras. Por otra parte, se considera *Nivel de Baja Complejidad* a la presencia de situaciones y/o conductas que se constituyen en señales de alerta a considerar, pero que no provocan un daño evidente en niños/as y adolescentes en lo que al ejercicio de sus derechos se refiere.

Los Programas Ambulatorios que contempla el área de Protección son los siguientes: Programas de Familia de Acogida (FAE AADD) que son de administración directa de Sename y los Programas Administrados por Organismos Colaboradores que contempla: Oficinas de Protección de Derechos (OPD), Línea de Diagnóstico ambulatorio (DAM), Programas de Prevención Focalizada (PPF), Programas Ambulatorios de Discapacidad (PAD), Programas de Protección Especializada de Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), Programas de Intervención Integral Especializada (PIE), Programas Especializados en Agresores Sexuales (PAS), Programas Especializados en Explotación Sexual Comercial

Infantil y Adolescente (PEE), Programas Especializados en niños, niñas y/o adolescentes en Situación de Calle (PEC), Programas de Representación Jurídica para niños, niñas y adolescentes Víctimas de Delitos (PRJ), Programa de Intervención Integral Especializada (PIE 24 Horas), Programa de Protección Especializada en Intervención Educativa (PDE), Programa de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas (PDC), Programa de Familias de Acogida (FAE) Administradas por Organismos Colaboradores con Programas de Protección (PRO) y Programas de Intervención Breve para la Prevención Focalizada (PIB).

Población atendida por Sename.

Área de Adopción

De acuerdo al Anuario Estadístico del Sename (2016a), durante el año 2016, se iniciaron en nuestro país, 658 causas de susceptibilidad de adopción, de las cuales 334 casos corresponden al sexo masculino, 309 casos al sexo femenino y 15 casos de sexo indeterminado (por nacer). Por tanto, del total de casos un 50.7% corresponde a niños, el 46.9% a sexo femenino y un 2.2% de niños/as por nacer. De ellos, un 33.8% de casos con susceptibilidad de adopción se concentran en la Región Metropolitana, lo cual se condice con el peso poblacional de esta región con respecto al total nacional.

Durante el año 2016, las principales causales invocadas para la tramitación de la susceptibilidad de adopción fueron: Inhabilidad, Abandono y Ánimo Manifiesto (Art. Nº 12 Inc. 1, 2 y 3) con 172 casos (26.1%); Inhabilidad (Art. Nº 12, Inc. 1) con 165 casos (25.1%) y la tercera más invocada es Inhabilidad y Abandono con 20.4% (134 casos). Por lo tanto, todas las causales que implican inhabilidad, suman un 78.3% del total de casos (515).

De acuerdo a la información proporcionada por el Anuario Estadístico del servicio, desde el año 2008 al 2011 se evidenció un aumento en el número de enlaces adoptivos[15], llegando el año 2011, a 538 enlaces efectivos. Sin embargo, a partir de esos años, se observó una tendencia hacia una disminución constante y significativa en el número de enlaces de adopción, alcanzando un total de 397 niños/as con enlace adoptivo el año 2016, frecuencia menor a la registrada en años anteriores. Por otra parte, la generalidad de los casos de enlaces adoptivos corresponde a solicitudes realizadas por matrimonios, las cuales alcanzan el 94.4% de los casos.

Respecto al tiempo de espera, desde que de los niños/as son declarados susceptibles de ser adoptados hasta que se concreta el enlace adoptivo, se registra una espera de 6.9 meses

[15] El enlace de adopción consiste en el conjunto de procesos destinados vincular a los niños/as con características de adoptabilidad con una familia o personas que estén interesadas y capacitadas para asumir como sus futuros padres adoptivos.

CIPER

en promedio, en tanto, que en los Organismos Colaboradores, este lapso de tiempo alcanza los 4.6 meses en promedio. La diferencia entre ambas Unidades Operativas, radica principalmente en la edad de los niños/as; dado que los OCA tramitan -principalmente- a niños/as hasta los 3 años de edad; y, a menor edad, menor es el tiempo de espera para concretar el enlace adoptivo.

Área de Justicia Juvenil

Respecto del área de Justicia Juvenil; y, en conformidad a lo reportado en el Anuario Estadístico de Sename (2016a), durante el año 2016 hubo 10 mil 600 ingresos. El 86.6% del total de jóvenes y adolescentes corresponde a hombres (9.184 casos) y un 13.4% a mujeres (1.416 casos). Respecto de la distribución de los jóvenes y adolescentes que ingresaron el año 2016, por tramos de edad, el 47.3% del total, corresponden a adolescentes que al momento del ingreso tenían entre 16 o 17 años de edad. El grupo con menor representación corresponde a los casos pertenecientes al tramo etario entre 14 y 15 años con un 13.1% del total de casos, y el grupo de 18 años y más representa un 39.5% del total. Por otra parte, en el grupo de 14 y 15 años se presenta una mayor proporción de mujeres, con un 18,8% del total de ingresos en este tramo de edad (262 casos). Esta proporción va disminuyendo a medida que aumenta la edad, observándose un 14.3% de mujeres en el grupo de 16 y 17 años y un 10.4% en el grupo de edad de 18 años o más.

La distribución de los ingresos por modelo de atención, el 59.09% del total de los ingresos a sanciones o medidas se produce a proyectos de atención en medio libre. En cuanto a las sanciones privativas de libertad (32.41% del total) existe una mayor representación de la medida de régimen de internación provisoria, con un 20.82% del total de ingresos. Por otra parte, la distribución por tipo de delito de los jóvenes y adolescentes que ingresaron al área de Justicia Juvenil, da cuenta que los delitos más frecuentes son: robo con intimidación (20.25%), robo con violencia (14.01%), robo en lugar habitado o destinado a la habitación (12.11%), y receptación (7.41%). Para los tres delitos más frecuentes anteriormente mencionados, el modelo de Internación Provisoria (CIP) y Libertad Asistida (PLE) contabilizan la mayor cantidad de estos tipos de delitos. En cambio, en la Medida Cautelar Ambulatoria (MCA) el delito más frecuente es receptación. En cuanto a la distribución por modelo, el Centro de Internación Provisoria y la Medida Cautelar Ambulatoria son los que poseen un mayor porcentaje de ingresos, con un 20.82% y 18.67% del total de casos, respectivamente. En la tabla 22 se puede apreciar los 25 delitos más frecuentes respecto del total de ingresos, ordenados de manera descendente. Las restantes delitos se agruparon en la categoría Otros.

En cuanto a la distribución de los casos por región, la Región Metropolitana (XIII) tiene un elevado número de ingresos, el cual representa casi el 41% del total (correspondiente a 4.334 casos), seguido por Valparaíso (V) con un 11% (1.170 casos), y Biobío (VIII) con

CIPER

un 7.6% de los ingresos (805 casos). Las regiones extremas del país concentran los menores porcentajes: Aysén recibe al 1% del total de ingresos (109 casos), Arica y Parinacota un 2.1% (220 casos) y la Región de Magallanes un 1% (107 casos).

Área de Protección de Derechos

De acuerdo al Anuario Estadístico del Sename (2016a), ingresaron tanto a Programas como a Residencias, un total nacional de 100.254 NNA, donde el 51.9% de ellos son mujeres y el 48.1% hombres. El tramo de edad que agrupó la mayor cantidad de ingresos para ambos sexos se ubicó en los 14 y 15 años (13.8%), seguido por el tramo de 6 a 7 años (12.89%). En relación a las causales de ingreso, para ambos sexos, las más frecuentes son: Negligencia, Víctimas de Delitos y Violencia Intrafamiliar. Las regiones con mayor número de ingresos son en proporción a la población total que contempla las regiones: Metropolitana (XIII); Valparaíso (V) y Biobío (VIII).

En lo relativo a la distribución por línea de atención, el 49.1% de los ingresos se verifican en la línea de Programas, el 27.9% de los ingresos en OPD, el 18.5% en la línea de Diagnóstico, el 3.1% en Centros Residenciales y el 1.5% en Familias de Acogida.

Al desagregar la edad por línea de atención, fue posible establecer que el tramo de edad que presenta la mayor frecuencia es distinto para cada una de las Líneas. De esta manera, en la Línea Administraciones Directas y Programas el 26.2% y el 15.6% de los casos, respectivamente, poseen entre 16 y 17 años. Tanto la Línea Diagnóstico como OPD presentan una distribución etaria más homogénea en los tramos de edad centrales. Mientras que los Centros Residenciales son los que presentan el mayor porcentaje de atendidos mayores de 18 años (16.1%) en comparación con el resto de las líneas.

Respecto a la distribución de los atendidos por región, se observa que un 31.5% de los casos habita en la Región Metropolitana, mientras que las regiones de Valparaíso y del Biobío concentran alrededor de un 12% cada una. La región del Maule atendió el 6.6% del total de casos, mientras que la Región de O'Higgins atendió al 6.1% de los casos. Cada una de las restantes regiones atendió menos del 6% respecto al total de casos a nivel nacional.

Entre las causales que reflejan un mayor nivel de vulnerabilidad son: "abandono", con 1.225 atendidos, también los niños y niñas que son víctima de delitos. La exposición a delitos de que son víctimas niños y niñas es una causal que refleja un alto nivel de complejidad, el registro observa 3.930 atendidos y 11.706 atendidas en el sistema. Destaca la prevalencia de los atendidos por causal de negligencia de los padres y/o tutores adultos, estos corresponden a 24.748 atendidos (hombres y mujeres).

CIPER



CAPÍTULO 6

RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN Y CENTROS DE INTERNACIÓN ADOLESCENTE EN CHILE

CIPER



Área de Adopción
Aspectos administrativos y funcionales
Modalidades
Área Justicia Juvenil
Aspectos administrativos y funcionales
Modalidades
Área de Protección de Derechos
Aspectos administrativos y funcionales
Modalidades

CIPER

Residencias de Protección y Centros de Internación Adolescente en Chile

En Chile el sistema residencial como política proteccional de los niños, niñas y/o adolescentes, forma parte de una de las metodologías de intervención frente a casos donde NNA han sido gravemente vulnerados[16] en sus derechos y garantías; y, por tanto, requieren de la intervención del Estado para garantizar y asegurar condiciones mínimas para su desarrollo. Esta intervención residencial se lleva a cabo desde dos grandes líneas de acción: área de adopción y área de protección de derechos.

Las graves vulneraciones de derechos que determinan la decisión del respectivo Tribunal de Familia, de separar temporalmente a estos niños, niñas y adolescentes de su medio familiar de origen, corresponden a situaciones tales como maltrato físico grave, maltrato psicológico, testigos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia grave, explotación sexual o laboral, abandono, entre otras (Sename, 2018). Normalmente el tribunal

[16] El art. 8 N° 7 de la LTF determina que corresponderá a los juzgados de Familia conocer y resolver de "todos los asuntos en que aparezcan niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos, respecto de los cuales se requiera adoptar una medida de protección conforme al artículo 30 de la Ley de Menores". El art. 68 inciso primero de la LTF se refiere a derechos de NNA "amenazados o vulnerados"



toma la decisión de separación cuando estas vulneraciones están siendo ejercidas por sus propios padres o adultos responsables o cuando estos no están en condiciones de garantizar la protección[17]. En base a lo anterior, el Servicio Nacional de Menores ha definido una serie de líneas de trabajo diseñadas para dar respuesta a sus beneficiarios, las que se traducen en una oferta técnica de intervención, cuya ejecución corresponde a los organismos colaboradores acreditados y al trabajo que desarrollan los proyectos que administra directamente el servicio. La oferta programática se materializa en programas de la línea preventiva, reparatoria y en el trabajo de responsabilización y reinserción, orientado a los jóvenes infractores de ley[18]. A continuación, se detalla cada una de estas áreas.

Área de Adopción

El área de adopción del Servicio Nacional de Menores tiene por objetivo restablecer el derecho del niño/a a vivir y desarrollarse en el seno de una familia que le brinde el afecto y le procure los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades espirituales y materiales, velando por su interés superior, tal como lo establece el artículo 1º de la Ley Nº 19.620. Estas residencias están dirigidas a asegurar adecuadas condiciones de vida tanto para las adolescentes embarazadas, como para los/as niños/as que están por nacer; así como también, para los que han nacido, proporcionando un ambiente físico y socio-emocional apto para su desarrollo, considerando las necesidades y características particulares, tanto de la mujer como del niño/a.

Aspectos administrativos y funcionales

A continuación, se presentan los aspectos administrativos con lo que un centro bajo estas modalidades, debieran contar para su correcto funcionamiento, los que se encuentran descritos en las Orientaciones Técnicas año 2017.

Como lineamiento general, se establece que todo el personal que se desempeña en el centro debe acreditar, previo a su contratación, que no presenta antecedentes penales, ni ha sido procesado por delitos vinculados con maltrato a niños/as, lo que debe ser acreditado en el proceso de contratación.

Director: De preferencia, profesional de las ciencias sociales y con experiencia en infancia, en dirección y administración de recursos humanos y materiales, con habilidades para la resolución de conflictos e intervenciones en situaciones de crisis y capacidad de liderazgo y trabajo en equipo. A lo menos media jornada laboral.

[17] Del análisis de las normas internacionales y de la jurisprudencia regional reseñada, se desprende que la medida de protección puede consistir en el alejamiento del NNA de su entorno familiar y comunitario, a través de la denominada "institucionalización", sólo cuando se hayan agotado todas las acciones positivas tendientes al fortalecimiento familiar y consiguiente permanencia en el núcleo fundamental de origen (Rodríguez & Blank, 2008).

[18] Oferta Programática del Servicio Nacional de Menores. Recuperado de http://www.sename.cl/web/oferta-programatica/

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Profesionales: La residencia debe contar con una dupla psicosocial, conformada por un/a profesional psicólogo/a y un/a profesional asistente social, quienes deben tener experiencia en temáticas relativas a la vulnerabilidad social y familiar, además de contar con experiencia en infancia. Junto a ello, deben demostrar un alto compromiso y sensibilidad por el trabajo a realizar y adecuadas capacidades para la relación interpersonal. Estos profesionales deben ser contratados por media jornada laboral, como mínimo

Educadores de Trato Directo: Para el adecuado funcionamiento de la residencia, ésta debe contar con a lo menos 2 educadoras de trato directo en jornada completa, quienes deben distribuirse los 7 días de la semana y cubrir los reemplazos que se generen dentro de la jornada laboral. Deben presentar interés por el trabajo social y especial sensibilidad por las familias y niños/as en condición de alta vulnerabilidad. De igual manera, deben tener experiencia en el cuidado de lactantes, poseer capacidad para el trabajo en equipo y habilidad para la resolución de conflictos en situaciones de crisis. Además, se requiere que cuenten con estabilidad emocional, tolerancia a la frustración y satisfactorio control de impulsos. Las educadoras deben tener enseñanza media completa y de preferencia haber realizado cursos como monitor o educador social.

Nutricionista: La residencia debe contar con horas profesionales de nutricionista, para la elaboración de las minutas de alimentación semanales las que deben incluir dietas personalizadas para cada sujeto de atención. De no contar con este profesional al interior del Proyecto, es imprescindible coordinar este servicio a través de la red comunitaria de salud.

Manipulador/a de Alimentos: La residencia debe disponer de un/a manipulador/a de alimentos en jornada completa y un/a para los fines de semana y reemplazos. Como requísito mínimo deben contar con estudios básicos completos y experiencia en manipulación de alimentos y atención de mujeres embarazadas y lactantes.

En cuanto aspectos asociados a la infraestructura, se debe garantizar la habilitación de dependencias para el uso exclusivo de las mujeres embarazadas y eventualmente de estas con sus hijos/as ya nacidos/as, que respondan a las distintas necesidades y demandas de la población atendida.

Dentro de las exigencias mínimas de funcionamiento, se requiere contar con un número de dormitorios y baños, ajustados -en cantidad- a la cobertura del proyecto. Las camas y cunas deben ser de uso individual, manteniendo a las progenitoras en la misma habitación con sus hijos/as, cada una de estas con ropa limpia y en buen estado. Los dormitorios deben ser lugares aseados, ordenados y ventilados que permitan el descanso, puesto que es un aspecto importante durante el periodo de embarazo y en el desarrollo infantil. Asimismo, deben existir lugares comunes, cómodos y agradables, tales como comedor, sala de televisión, y espacios que permitan realizar actividades recreativas o sociales (gimnasia, talleres, recepción de visitas, etc.).

CIPER

La residencia debe contar condiciones ambientales adecuadas, así como un mobiliario acorde a las necesidades de las mujeres y niños/as atendidos. De presentarse residentes/as con alguna patología que revista riesgo al interior del proyecto, se debe disponer de medidas adecuadas de aislación entre la población atendida. Respecto a los baños, la residencia debe contar con servicios higiénicos apropiados, limpios y con agua caliente, que permita a las progenitoras realizar diariamente su aseo personal como el de sus hijos/as cuando corresponda. Deben estar disponibles constantemente elementos necesarios para su higiene como jabón, champú, toallas, pañales desechables, entre otros. También es importante, que las mujeres cuenten con ropa adecuada de acuerdo a la estación del año y a los cambios corporales que van experimentando durante el embarazo.

Como la alimentación de la mujer embarazada es un aspecto fundamental para el desarrollo del niño/a, se debe disponer de una cocina apropiada en tamaño y funcionalidad, que debe mantenerse en adecuadas condiciones de higiene, contando con un área sucia y limpia de manera separada. En caso de requerir la preparación de más de 80 mamaderas diarias, la residencia debe contar con un Servicio Dietético de Leche (Sedile). En este mismo aspecto, se debe habilitar e implementar una bodega o lugar de almacenaje, diferenciando los alimentos frescos de los no perecibles. Sumado a ello, el recinto en el cual se desarrolle el programa debe contar con condiciones de seguridad adecuadas, con un plan de emergencia vigente, que contemple salidas de emergencia, plano, señalética, certificaciones de instalaciones eléctricas, extintores con la carga adecuada y en condiciones apropiadas y procedimientos frente a situaciones de contingencia conforme a normativa vigente. Para el equipo técnico y la atención de las usuarias, se debe contar con un número de oficinas y espacios adecuados para la atención de las personas atendidas.

Modalidades

El área de adopción de Sename dispone de las siguientes modalidades residenciales (Sename, 2018):

Residencias de protección para el niño/a que está por nacer con progenitora en conflicto con maternidad (RPF)

Las residencias de protección para el niño/a que está por nacer con progenitora en conflicto con maternidad (RPF), son de centros de carácter psicosocial y formativo, destinado a determinar la situación familiar más beneficiosa para el niño/a, para lo cual se apoyará integralmente, tanto a las mujeres que deciden asumir su maternidad, potenciando sus capacidades vinculares y activando redes sociofamiliares disponibles, como a las mujeres que deciden entregar a sus hijos/as en adopción, acompañándolas profesionalmente en el proceso de discernimiento y de cesión del niño/a. Las mujeres embarazadas ingresan por demanda espontánea; y, eventualmente, en el caso de ser adolescentes, a solicitud del Tribunal competente. La intervención se realiza bajo la supervisión técnica del Sename,

CIPER

quien establece los lineamientos técnicos y estándares mínimos que guían la acción de los centros.

Residencia de protección para lactantes (RPL)

Las residencias de protección para lactantes (RPL) son aquellos centros residenciales destinados a proporcionar, de manera estable, el cuidado y protección a los niños y niñas lactantes y preescolares que han debido ser separados de su medio familiar, cuando su permanencia en ese medio, implique un peligro para su integridad física, psicológica y/o social y/o pueda transgedir sus derechos[19]. Es importante considerar, que esta medida de protección es de carácter excepcional y transitoria, que tiene por objetivo la intervención familiar, para que el niño o niña pueda reintegrarse lo más pronto posible a esta u otra familia sustituta o adoptiva (habiéndose antes agotado todas las posibilidades con la familia extensa). Sin embargo, es absolutamente necesario que se evalúe la viabilidad de la recuperación de la familia biológica o de origen, proceso de vital importancia para lograr la restitución del derecho a vivir en familia (Sename, 2017).

Área Justicia Juvenil

La implementación de la Ley Nº 20.084 a contar del 08 de junio del año 2007, creó formalmente una nueva institucionalidad jurídica para la población adolescente del país, dando origen a un procedimiento judicial adecuado a las características de desarrollo y conductas de infracción a la ley de esta población. En este nuevo marco legal, el Servicio Nacional de Menores es el mandatado a cumplir con la labor de hacer efectivo el cumplimiento de las sanciones y medidas dictaminadas por tribunales de justicia con el objetivo de lograr la reinserción social de los(as) adolescentes (Sename, 2018).

Aspectos administrativos y funcionales

En cuanto a los estándares mínimos que regulan su funcionamiento, se puede señalar que estos se encuentran contenidos en el documento "Orientaciones Técnicas Para la Intervención, Centros de Cumplimiento de Condena, Régimen Cerrado, con programa de Reinserción Social". Dicho documento, establece los lineamientos y protocolos bajo los cuales se deben desarrollar las intervenciones en los centros de administración directa (Sename, 2011a; 2011b).

[19] Específicamente, los sujetos de atención corresponden a Niños/as de 0 a 2 años de edad, vulnerados en sus derechos, que se encuentren en proceso legal de declaración de susceptibilidad de adopción, cuya sentencia se pronostica a mediano plazo, con el propósito de restablecer cuanto antes su derecho a vivir en familia.

CIPER

Los centros bajo la modalidad CIP y CRC, cuentan con un equipo técnico y de gestión, los cuales tienen a su cargo las funciones de diseño e implementación del Plan de Intervención Individual (PII) de cada adolescente. Para ello resultan relevantes, el *Profesional Responsable de Caso* y el *Profesional de Intervención Clínica*. Éste último, desarrolla funciones asociadas con la profundización diagnóstica, mediante la recopilación de antecedentes biográficos, psicodiagnósticos entre otros.

Director: Uno por centro, con título profesional en el área de las ciencias sociales, educación, ingeniería o administración. Este cargo es responsable de la gestión técnica y administrativa, velando por el cumplimiento de las normas aplicables al centro, debiendo adoptar todas las medidas necesarias para asegurar su normal y eficiente funcionamiento. Así mismo es responsable de la coordinación con los diversos sectores que deben involucrarse en la reinserción social de los adolescentes.

Jefe Técnico: Uno por centro, con título profesional del área de las ciencias sociales o humanas, incluida las ciencias de la educación. Es responsable de: a) la intervención técnica con los adolescentes, asegurando que sean atendidos y cuidados conforme a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, b) velar por el cumplimiento de las medidas dispuestas por los tribunales correspondientes, como también que los adolescentes mantengan una comunicación fluida con sus familias y defensores, c) coordinar e implementar las actividades escolares, de capacitación, recreativas, formativas, atención individual, familiar con los adolescentes, d) salvaguardar el mantenimiento de la disciplina interna, asegurando que ejecute el marco de los derechos de los/las adolescentes, e) mantener información estadística actualizada relativa a los datos personales de los adolescentes, además de la dinámica de ingresos y egresos garantizando que sea con resguardo de la intimidad de los adolescentes; y, f) asegurar que se mantenga actualizado el expediente de ejecución y los datos de Senainfo, así como de otros documentos y registros relacionados con cada uno de los adolescentes ingresados.

Gestor de Redes: Un trabajador social por cada 50 adolescentes, su gestión es coordinar el acceso de los adolescentes a la oferta intersectorial. Este profesional es el gestor de la oferta socioeducativa en la comunidad y de vincularse con redes primarias y secundarias.

Profesional Responsable de Caso: Trabajador Social, Psicólogo o profesional de las ciencias sociales, en razón de un profesional por cada 12 adolescentes. Su función contempla el seguimiento de cada adolescente y acompañamiento durante la internación, elaborando los informes solicitados por el tribunal.

Profesional de Intervención Clínica: Un psicólogo por cada dos profesionales responsables de caso. Su función es trabajar en conjunto con los responsables de caso y los ETD de cada centro, formando parte de un equipo de intervención.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

En un segundo nivel se encuentra el personal de trato directo tanto diurno como nocturno, el que dentro de sus funciones se encuentra la implementación de las actividades contempladas en el Plan de Intervención Individual.

Coordinador de Turno Diurno: Un coordinador, el cual coordinará los planes de actividad diurnas, trabajar con equipos externos y educadores.

Coordinador Nocturno: Un coordinador por turno. Su función es coordinar el plan de actividades nocturno y responsable del centro en ausencia de directivos.

Educador Diurno: Un educador por cada 8 adolescentes, de preferencia profesor. Sus principales funciones son: acompañar la atención diaria de los adolescentes bajo su responsabilidad, ejecutar la rutina diaria y disponer de las asistencias de los adolescentes a los encuentros con las distintas instancias que intervienen en su proceso de reinserción social.

Educador Nocturno: Un educador cada 8 adolescentes. Sus principales funciones son: acompañar la atención diaria de los adolescentes a su cargo, ejecutar la rutina diaria dispuesta en el horario nocturno y garantizar el descanso nocturno de los adolescentes a su cargo.

En tercer nivel de intervención se compone de un conjunto de funcionarios de la educación encargados de realizar las actividades de capacitación de los adolescentes.

Profesor de taller: Profesional o técnico con el título de profesor, terapeuta ocupacional, psicoeducador o educador social, en razón de uno por cada 30 adolescentes. Su función esta orientada a trabajar de manera directa con los adolescentes ejecutando los talleres y cursos que se encuentran dentro del plan de intervención.

Por su parte, el área administrativa de cada centro agrupa al personal encargado de la mantención y adquisición del centro (insumos y alimentación), manipuladores de alimentos, funcionarios de traslado y estafetas. La proporción de funcionarios en relación con el número de internos no se encuentran descritas dentro de las orientaciones técnicas, en tanto no responden a funcionarios de trato directo con la población atendida.

Modalidades

El área de justicia juvenil, cuenta con una oferta de centros de régimen cerrado y semicerrado, además, de programas en medio libre para dar cumplimiento a las disposiciones de los tribunales de justicia, atendiendo tanto a jóvenes imputados como condenados, entre los 14 y los 18 años de ambos sexos.

CIPER



Centros de Internación Provisoria (CIP)

Los Centros de Internación Provisoria son establecimientos donde se encuentran adolescentes y adultos imputados de cometer uno o más delitos respecto de quienes el Ministerio Público ha formalizado una investigación en su contra. A partir de ello, el tribunal competente decreta como medida cautelar personal durante el proceso, la internación provisoria en conformidad con lo dispuesto en los Art. Nº 32 de la Ley N° 20.084 y los artículos Nº 139º y 140º del CPP (Sename, 2011b).

Sename administra directamente 18 centros de internación provisoria en todo el país, cuatro en la Región Metropolitana y uno en cada una de las regiones restantes.

Centros de Internación en Régimen Cerrado (CRC)

Corresponden a los centros encargados de hacer efectivo el cumplimiento de las sanciones de internación en régimen cerrado con programa de reinserción social, esto corresponde al cumplimiento efectivo de las condenas decretadas por un tribunal de justicia. Sename administra directamente 18 centros cerrados en todo el país, cuatro en la Región Metropolitana y uno en cada una de las regiones restantes.

De acuerdo a las exigencias legales, en estos centros se debe mantener separados a los adolescentes ingresados de acuerdo a su edad, sexo y condición procesal (en general, a través de casas al interior de los centros). En términos de infraestructura y seguridad, cuentan -además- con guardia perimetral de Gendarmería de Chile y equipos de tecno vigilancia, entre otras medidas de seguridad (Sename, 2011a). Por otra parte, dentro de la oferta programática se incluye atención psicológica y social, escuela, talleres pre laboral y atención por consumo de drogas.

Centros Semicerrados (CSC)

La sanción de privación de libertad bajo la modalidad de internación en régimen semicerrados con programa de reinserción social, consiste en la residencia obligatoria del adolescente en un centro de privación de libertad, que posibilita su desarrollo tanto al interior del recinto como en el medio libre. Una vez que un juez ha dictaminado una sanción de privación de libertad bajo la modalidad de internación en régimen semicerrado con programa de reinserción social, y se ha determinado su duración, el director del centro que haya sido designado para su cumplimiento, propondrá al tribunal un régimen o programa personalizado de actividades.

Sename administra directamente 16 centros semicerrados en todo el país, tres en la Región Metropolitana, uno en cada una de las regiones restantes exceptuando la XIV Región de los Ríos que no mantiene CSC (Sename, 2018).

CIPER

Área de Protección de Derechos

La oferta programática en el ámbito de la protección y restitución de derechos en Sename da respuesta a una diversidad de vulneraciones de derechos que afectan a niños, niñas y adolescentes, sujetos de intervención del Servicio.

Aspectos administrativos y funcionales

En cuanto a los estándares mínimos que regulan su funcionamiento, se puede señalar que estos se encuentran contenidos en las orientaciones técnicas que establece los lineamientos y protocolos bajo los cuales se deben desarrollar las intervenciones en dichos centros (Sename, 2011b, 2011c, 2011d, 2011e, 2011g, 2011h, 2011i).

En lo referido al proceso de contratación, las Orientaciones técnicas refieren de modo general que el proceso debe velar por la contratación de un equipo humano idóneo y con las competencias y experiencia necesarias para trabajar con infancia vulnerada en sus derechos. Para ello se solicita la presentación de los siguientes documentos:

- Certificado de título profesional o técnico, acorde al cargo y funciones a desempeñar, junto a la acreditación de perfeccionamiento y capacitaciones atingentes a la función.
- Declaración jurada simple que exprese la circunstancia de no estar procesado/a o formalizado/a por crimen o simple delito. Certificado de Antecedentes para Fines Especiales vigente (verificando la no existencia de antecedentes penales que inhabiliten para las funciones a desempeñar).
- Certificado de título técnico o profesional según el cargo que se desempeñe, declaración jurada de no estar procesado o vinculado a causas. Adicionalmente se debe consultar el registro de personas inhabilitadas de trabajar con menores de edad.

La citada orientación establece que el organismo colaborador debe velar por garantizar la veracidad de los antecedentes presentados, así como el cotejo de características personales, valores y actitudes compatibles con el tratamiento de la temática de la infancia vulnerada.

Se establece un estándar de inducción a la función para todo el personal que se incorpora a las residencias bajo esta modalidad, debiendo abordarse de manera explícita y por escrito aquellos comportamientos aceptables y no permitidos relacionados con el trato de los NNA, los que se encontrarían establecidos en al Circular Nº 2308 del año 2013 del Ministerio de Justicia. Junto a lo anterior se establece en las orientaciones técnicas, que se debe contemplar un plan de acompañamiento permanente por parte del equipo profesional al equipo de educadores y cuidadores a fin de retroalimentar su labor, para ello el equipo de profesionales deben compartir rutinas con estos. De esta forma, se establece un estándar de formación mínimo que consiste en capacitar -a lo menos- una vez al año a todo el equipo que trabaja en la residencia, en instancias de instrucción de una extensión mínima de 8 horas.

CIPER



En relación con el estándar de dotación del personal al interior de los centros bajo esta modalidad este correspondería al siguiente detalle:

Director: Uno/a en Jornada completa

Trabajador Social: Uno/a en jornada completa (por cada 20 niños/as)

Psicólogo: Uno/a en jornada completa (por cada 20 niños/as)

Cuidador(a)/Educador(a) de Trato Directo: Uno por cada 5 niños/as sin control de esfínter (en jornada completa, día y noche) y uno por cada 6 niños/as con control de esfínter (en jornada completa, día y noche).

Educadora de párvulos / Educadora diferencial o terapeuta ocupacional: Uno/a por cada 12 a 18 horas mensuales.

Nutricionista: Uno/a por 08 a 12 horas mensuales.

Profesional de la salud (médico/a, enfermero/a) o médico general (idealmente con especialización en niños/as): Uno/a por 08 a 12 horas mensuales.

Manipulador/a de alimentos: Uno/a en Jornada completa (considerando reemplazo para fines de semana y feriados).

Secretario/a Administrativo/a Contable: Uno/a en jornada completa.

Auxiliar de aseo para lavado, mantención y planchado de ropa: Uno/a en jornada completa (considerando reemplazo para fines de semana y feriados).

Auxiliar de aseo/estafeta: Uno/a en jornada completa (considerando reemplazo para fines de semana y feriados).

En lo relativo a infraestructura, las orientaciones técnicas, refieren -de modo general- que las instalaciones deben propiciar una adecuada calidad de vida al interior de la residencia, generando condiciones de un entorno “bien tratante”, que propicie el desarrollo integral tanto de los NNA, en condiciones de seguridad, como de los funcionarios; y, en general de toda la comunidad que conforma la residencia (Sename, 2016c). En relación con las condiciones generales de higiene y seguridad, Sename se encuentra adscrito a las normas asociadas a la *Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones*, Decretos Supremos N° 289, N° 594 y N° 977 de Minsal, Decreto Supremo Nº 548 del Mineduc y normativa Junji.

En relación con la disposición de funcionarios, disposición de las instalaciones y otros requerimientos para su funcionamiento, estos se encuentran establecidos en los *Estándares Mínimos de Atención Residencial* (Sename, 2012): De esta manera, por ejemplo, en cuanto al ítem dormitorios, el estándar aplicable dice relación con el resultado esperado N° 25, el que señala:

CIPER

- Cada niño/a tiene un dormitorio individual con la posibilidad de compartir la habitación, teniendo cada niño acceso a un espacio individual dentro de este espacio común.
- Cada niño/a tiene su propia cama, ropa de cama adecuada a la estación, espacio individual de almacenamiento de ropa individual, espacio seguro para ítems personales valiosos para el/ella, ventana/s con cortinas (u otro ítem para cubrir ventanas tales como persianas), iluminación suficiente para leer, alfombras u otro tipo de pisos adecuados y en buen estado y calefacción.
- Siempre que sea posible los niños/as deben tener la oportunidad de tener su propia habitación.
- Un dormitorio no debe tener más que 3 camas.
- Cualquier solicitud de un niño/a de cambio de dormitorio debe ser considerada en forma urgente y aceptada cuando ello sea posible.
- Los niños deben ser autorizados y motivados a personalizar sus dormitorios.

De esta forma, esta área de intervención se compone de: a) Programas administrados directamente por Sename (Centros de Reparación Especializada [CREAD] y Programas de Familia de Acogida [FAE AADD]); y, b) La oferta de proyectos adjudicados vía concursos públicos a Organismos Colaboradores Acreditados.

Modalidades

Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)

Los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) son programas de atención especializada de protección de derechos para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados (menores de 18 años), que requieren de una internación provisoria por ausencia de familia o porque -para su protección- necesitan estar alejados de ella. Los CREAD se dividen en dos modalidades: a) Centro Especializado para atención de lactantes y preescolares (niños y niñas menores de seis años de edad); y, b) Centro Especializado para la atención de niños y niñas mayores de seis años, pero menores de 18 años de edad (Sename, 2018).

Durante el 2017, se registró un funcionamiento 11 Centros de Administración Directa de Sename a lo largo del país, tres de ellos se encuentran en la Región Metropolitana, 3 en la Región del Biobío, 2 centros en la Región de la Araucanía, un centro en la Región de Arica y Parinacota y uno en el Maule. Cabe destacar que el CREAD de la Región de Aysén es inaugurado en marzo de 2018 por lo que entraría en vigencia en agosto de 2018 y el CREAD de Valparaíso se encuentra desde febrero del presente año en proceso de cierre.

Organismos Colaboradores Acreditados (OCA)

Residencias para la protección de lactantes y preescolares

*Centro de Diagnóstico para Lactantes (CLA)***.** Estos centros residenciales están concebidos como una medida de protección de carácter excepcional y provisoria, a la que sólo se recurrirá cuando los niños/as deban ser separados de sus familias para la protección

CIPER

de sus derechos. Dicha medida se otorgará por resolución judicial, sin embargo, cuando por razones de fuerza mayor, se deba realizar su ingreso sin contar con ella, los responsables del centro asumirán como primera función, otorgar la debida protección de sus derechos e informar en las próximas 48 horas al tribunal competente acompañando todos los antecedentes de que dispongan.

Dentro de sus funciones, los centros de diagnóstico deben responder con las exigencias y demandas provenientes de las instancias judiciales correspondientes, debiendo elaborar informes que den cuenta de la situación sociofamiliar de los lactantes o preescolares ingresados por algún tipo de vulneración de derechos, así como proponer las medidas adecuadas que posibiliten la restitución de estos, a objeto que la instancia judicial, resuelva de manera informada respecto de la situación particular de niños y niñas.

Por su carácter residencial, estos centros proveen de condiciones que aseguren al niño y la niña, la satisfacción de necesidades básicas, psicológicas, afectivas y de estimulación integral en un ambiente de afecto y calidez (Sename, 2018). En consideración al factor edad citado en el reglamento de la Ley Nº 20.032 en su artículo N° 41, este factor estará referido al rango etario de niños, niñas y adolescentes sujetos de atención del respectivo proyecto. Coherente con lo señalado, se distinguirán entonces para estos Centros de Diagnóstico las siguientes categorías:

- Lactantes: Atiende a niños y niñas desde su nacimiento y menores de 2 años de edad.
- Preescolares: Atiende niños y niñas desde su nacimiento y menores de 6 años de edad.

El objetivo general que orienta esta modalidad corresponde a brindar a lactantes y preescolares vulnerados en sus derechos una atención especializada, personalizada y de calidad durante su permanencia en el centro y evaluar los aspectos socio afectivos, psicomotores, de salud física, así como las condiciones familiares y sociales, a objeto de sugerir a las instancias judiciales correspondientes, las medidas tendientes a restablecer los derechos vulnerados, especialmente el derecho a vivir en familia (Sename, 2018).

Lo anterior se articula mediante los siguientes objetivos específicos:

a) Asegurar una adecuada calidad de vida y satisfacción de los derechos de lactantes y preescolares, atendidos en los Centros, satisfaciendo sus necesidades básicas, psicológicas, sociales y de estimulación temprana, con el fin de minimizar el impacto de la internación en su desarrollo integral.
b) Evaluar las características personales, familiares y comunitarias de los lactantes y preescolares, que permitan definir la situación de vulneración de derechos que motivó su ingreso al centro y proponer una adecuada alternativa de derivación o intervención al tribunal correspondiente.

CIPER

c) Realizar una intervención a la familia, solicitada o autorizada por el tribunal competente, en aquellos casos en que el niño/a cuente con recursos familiares, susceptibles de ser habilitados para asumir su cuidado personal y ejercer en forma responsable roles paternos y maternos.
d) Favorecer los procesos judiciales de susceptibilidad de adopción de aquellos lactantes o preescolares en situación de abandono y/o que cuentan con familias inhábiles, coordinándose oportunamente para estos fines con las unidades de adopción regionales respectivas.
e) Facilitar la integración del niño y niña susceptible de ser adoptado/a, a una familia adoptiva, mediante acciones de reparación y preparación socioafectiva, acorde a la etapa del desarrollo del lactante o preescolar.
f) Coordinar recursos de la red Sename y de la comunidad, para favorecer la intervención con la familia y/o derivación de niños y niñas, considerando sus características y requerimientos especiales.

Residencia para Lactantes y Preescolares (RPP) y *Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares con Programa Adosado de Intervención Residencial (RLP-PER).* Son centros que otorgan atención a las necesidades de niños/as pequeños en un ambiente físico, socio-emocional y nutricional adecuado para el desarrollo infantil temprano, personalizado, de buen trato y con estimulación precoz, que contempla intervención proteccional y psico-social tendiente a favorecer la reunificación del niño/a con su familia biológica, nuclear, extensa u otra alternativa dentro sus propias redes de parentesco o adoptiva, en el más breve plazo pues su fin es devolver a los niños y niñas su derecho a la convivencia familiar y comunitaria.

Los sujetos de atención de estas modalidades corresponden niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, víctimas de graves vulneraciones de derechos como negligencia grave, maltrato grave, abandono o por situaciones que conllevan a la cesión voluntaria de los padres/madres biológicas han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar de origen, exclusivamente mediante una orden judicial emanada desde los Tribunales de Familia correspondientes.

Residencias para la protección de población con discapacidad

Residencia para Niños/as y Adolescentes con Discapacidad Discreta o Moderada (RDD). Son centros destinados a la protección de niños, niñas o adolescentes que debieron ser separados de su familia de origen, debido a situaciones familiares graves que reportan ausencia o inhabilidad transitoria o permanente de parte de las figuras adultas responsables del cuidado y la crianza. Estas residencias favorecen la autonomía de los niños/as y la

CIPER

capacidad parental tendiente a fomentar y mantener el vínculo con la familia si no es posible la reinserción familiar. Son sujetos de atención los NNA que presentan discapacidad intelectual, sensorial o física mental discreta o moderada, en situación de vulneración grave de derechos, menores de 18 años debiendo contar con medida de protección emanada por los Tribunales de Familia correspondientes (Sename, 2018).

Residencia para Niños y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda (RDG) y Residencia para Niños y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda con Programa Adosado para la Intervención Residencial (RAD-PER). Estos centros están destinados a la protección de niños, niñas o adolescentes entre 0 y 18 años que presentan vulneraciones de derechos asociadas a una discapacidad mental grave o profunda, los que debido a situaciones familiares de alta vulnerabilidad socio-familiar fueron ingresados a cuidado alternativo transitorio en centros de protección residencial. En relación con las orientaciones técnicas referidas a esta modalidad residencial (Sename, 2013a, 2013b) se pueden considerar los siguientes aspectos: a) La estadía en la residencia no debiese presentar una extensión por un periodo superior a los 12 meses (1 año), lo que dependerá de los criterios técnicos y pronóstico de egreso, contrastados con los resultados alcanzados en el proceso de intervención (Se exceptúan aquellos casos en que el Juez de la causa, determine otra medida y/o que surja una nueva situación de vulneración, la que debe ser informada a la correspondiente Dirección Regional de Sename, al Tribunal de Familia y Fiscalía cuando los hechos constituyan un posible delito o lesiones por el ejercicio de violencia); y, b) Se tendrá presente la pertinencia de realizar un proceso de intervención más prolongado sobre los 12 meses y dirigido a reforzar logros o a la preparación para la vida independiente o semi-protegida de adolescentes, cuando los resultados alcanzados en el plan de intervención con la familia de origen o extensa requieran acciones de continuidad o no se observen cambios significativos en relación directa con la causal de ingreso. En estas situaciones particulares, el equipo solicitará al o a la supervisor/a técnico/a de la Dirección Regional del Sename el análisis conjunto del caso, cuyas recomendaciones serán informadas al Tribunal de Familia.

Programa de Atención Residencial Especializada (PRE) y el Programa Residencial Especializado en Discapacidad (PRD). Son centros que están dirigidos a la atención de niños, niñas y adolescentes de entre 0 a 17 años 11 meses y 29 días, ingresados con medida de protección judicial en razón de graves vulneraciones de derecho, y que presentan discapacidad severa o profunda que les dificulta o imposibilita la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo de apoyos y cuidados específicos, por parte de terceras personas (Sename, 2015).

Residencias para la protección de mayores

Son aquellos centros de funcionamiento residencial destinados a proporcionar, de forma estable, a los niños, niñas y adolescentes separados de su medio familiar, alojamiento,

CIPER



alimentación, abrigo, recreación, estimulación precoz, apoyo afectivo y psicológico, asegurando su acceso a la educación, salud y a los demás servicios que sean necesarios para su bienestar y desarrollo. El concepto "mayores" hace referencia al rango etario de los sujetos de atención, el cual corresponde a niños, niñas y adolescentes que se encuentran entre los 6 y 17 años 11 meses y 29 días. Las modalidades de funcionamiento corresponden a las siguientes:

Residencia de protección para mayores (RPM), Residencia de Protección para Mayores con Programa Especializado Adosado (REM-PER) y Residencia Especializada para Mayores con Programa Especializado Adosado (RSP-PER). Estos centros residenciales están destinados a la protección de niños, niñas o adolescentes mayores de 6 años y hasta 17 años 11 meses y 29 días los que debido a situaciones familiares de alta vulnerabilidad socio-familiar fueron ingresados a cuidado alternativo transitorio en centros de protección residencial exclusivamente con medida de protección judicial desde los Tribunales de Familia correspondientes, en razón de graves vulneraciones de derechos. Los NNA han debido ser separados temporalmente de su núcleo familiar. Excepcionalmente, podrán ingresar niños(as) menores de seis años de edad, cuando son hermanos/as u otras situaciones posibles y necesarias de atender. Son también sujetos de atención las familias o adultos de referencia de los niños, niñas y adolescentes, con quienes la residencia desarrollará procesos de intervención a favor del egreso (Sename, 2016b).

Por su parte en la modalidad RSP-PER son sujetos de atención preadolescentes, adolescentes y jóvenes entre 12 a 18 años, que requieren intervención especializada, debido a las consecuencias prolongadas, en el desarrollo social, físico, afectivo, sexual, cognitivo y conductual, de graves vulneraciones de derechos tales como negligencia grave, explotación sexual, situación de vida en la calle, drogadicción, conductas disruptivas y trasgresoras del entorno socio-familiar.

Residencia de Protección para Madres Adolescentes (RPA) y Residencia de Protección para Madres Adolescentes con Programa Especializado Adosado (RMA). Son centros que están destinados a la protección de adolescentes embarazadas y madres adolescentes, que presentan alguna situación de grave vulneración de derechos y que no pueden permanecer en un hogar de su red familiar debido a la vulnerabilidad en que se encuentran producto de condiciones inapropiadas para la estabilidad y desarrollo integral de ella y su hijo/a nacido o por nacer (Sename, 2016g).

Los sujetos de atención son las adolescentes embarazadas o madres menores de 18 años de edad, en situación de grave vulneración de derechos y sus hijos/as en gestación o nacidos, quienes por la situación de su madre pueden ver afectado su desarrollo integral. Como prioridad, estas residencias deben atender, con orden de ingreso emanada desde los Tribunales de Familia correspondientes, aquellas madres adolescentes o adolescentes

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

embarazadas en desprotección por encontrarse en situación de calle, con consumo de drogas, en explotación sexual o situaciones de maltrato y negligencia, sin contar con referentes adultos protectores.

Residencia Especializada (REN) y Residencia Especial de Protección (RPE). Son centros que acogen de forma particular a niños, niñas y adolescentes privados de su medio familiar, entre 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que requieren intervención especializada, debido a las consecuencias en el desarrollo social, físico, afectivo, sexual, cognitivo y conductual, de la grave vulneración de derechos de la que han sido víctimas. El sujeto de esta modalidad de atención está conformado por niños, niñas y/o adolescentes que participan de una serie de prácticas entrelazadas en contextos sociales y culturales particulares, caracterizados por distintas manifestaciones de exclusión o integración social precaria, que resultan en una exposición permanente a situaciones de peligro y/o daño.

Dentro de los factores de la familia son recurrentes incompetencias parentales derivadas del abandono de uno o ambos padres, negligencia severa, maltrato físico y emocional, abuso sexual, poca estructura y definición de roles al interior de la familia, entre otras. No obstante, reviste también importancia reconocer fortalezas en la familia tales como la apertura al cambio, la aceptación responsable de prácticas derivadas de la inexperiencia o incompetencia al ejercer su función parental, en un ambiente de confianza y respeto incondicional de su condición (Sename, 2018).

Si bien es cierto pueden existir problemáticas como las antes señaladas, no es menos cierto que estas están en directa relación a las capacidades plásticas y resilientes de niños/as y adolescentes. Siendo posible revertir los obstáculos e instaurar nuevos procesos basados en experiencias socio y psicoeducativas que permitan resignificar el vínculo con adultos/as protectores y afectivamente representativos, con el objeto de que ayuden a encauzar positivamente el desarrollo futuro del niño/a o adolescente. En relación con los factores del entorno, es importante considerar que si bien la mayoría de los usuarios/as de este programa provienen de familias que viven situaciones de exclusión, marginalidad y pobreza, este factor no constituye, por si mismo, un indicador de ingreso al programa, sino las condiciones socio-ambientales en que se desenvuelve la familia, los factores externos estresantes y de crisis que pueden haber incidido como factores adicionales que han agudizado la situación de vulneración y tipifican condiciones que determinaron la separación del niño/a o adolescente de su entorno familiar original (Sename, 2018).

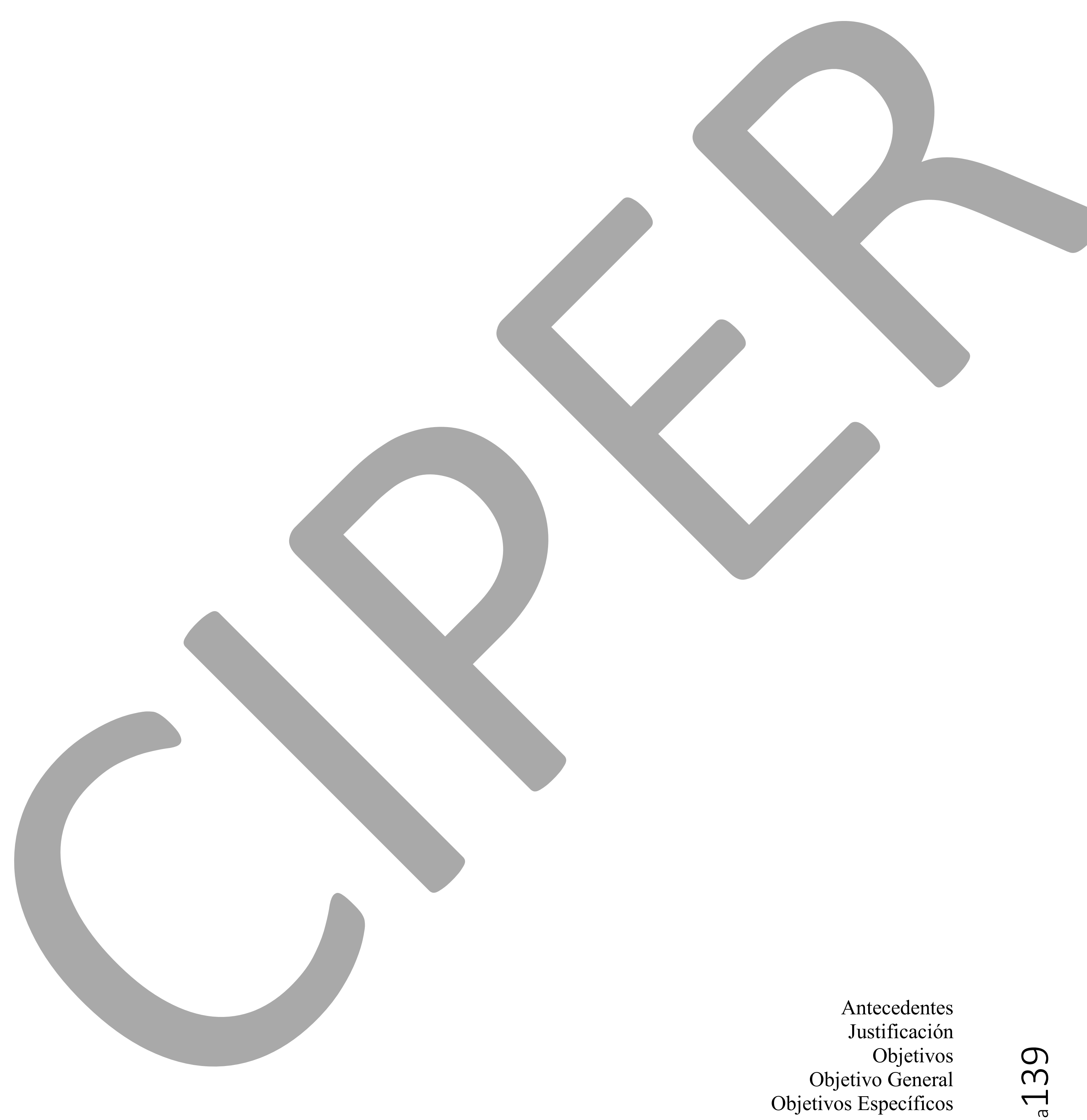
CIPER



CIPER

CAPÍTULO 7

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



Antecedentes
Justificación
Objetivos
Objetivo General
Objetivos Específicos



Planteamiento del Problema

Justificación y Relevancia

Tal como se ha mencionado con anterioridad, el presente estudio tiene un enfoque investigativo particular en tanto recoge elementos circunstanciales y contextuales. Por otro lado, utiliza la información contenida en la investigación realizada por la Policía de Investigaciones de Chile dentro de las indagatorias instruidas por el Ministerio Público en el marco del denominado "Caso Sename", explorando aquellos factores relativos al funcionamiento propio de los centros, recursos humanos, condiciones estructurales, cuidados y salud de los NNA, además del control y supervisión ante el cual son sometidas las residencias a nivel nacional.

La justificación del presente estudio está dada por las características propias de la investigación criminal realizada. La sensibilidad de la información levantada y la necesidad de poner en conocimiento público tal información, justifica la elaboración del presente estudio, en tanto, afecta a la población de niños, niñas y adolescentes más vulnerables del país. Su relevancia, por ende, responde al contexto actual del tratamiento de la infancia en el país y a la posibilidad de generar evidencia científica que permita contribuir a mejorar la situación que enfrenta la infancia institucionalizada en Chile. Lo anterior, se sustenta en lo señalado en la Convención sobre los Derechos del Niño, atendiendo -específicamente- lo indicado en el Artículo Nº 3, que dice relación con:

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados partes se asegurarán que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños, cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Objetivos

Objetivo General

Describir las características del sistema de protección residencial en Chile, a partir del análisis de las dinámicas de funcionamiento existente en los centros residenciales de administración directa y aquellos centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores, teniendo como base la información levantada a nivel nacional por parte de la Policía de Investigaciones de Chile en el marco de la investigación policial realizada por instrucción del Ministerio Público.

Objetivos específicos

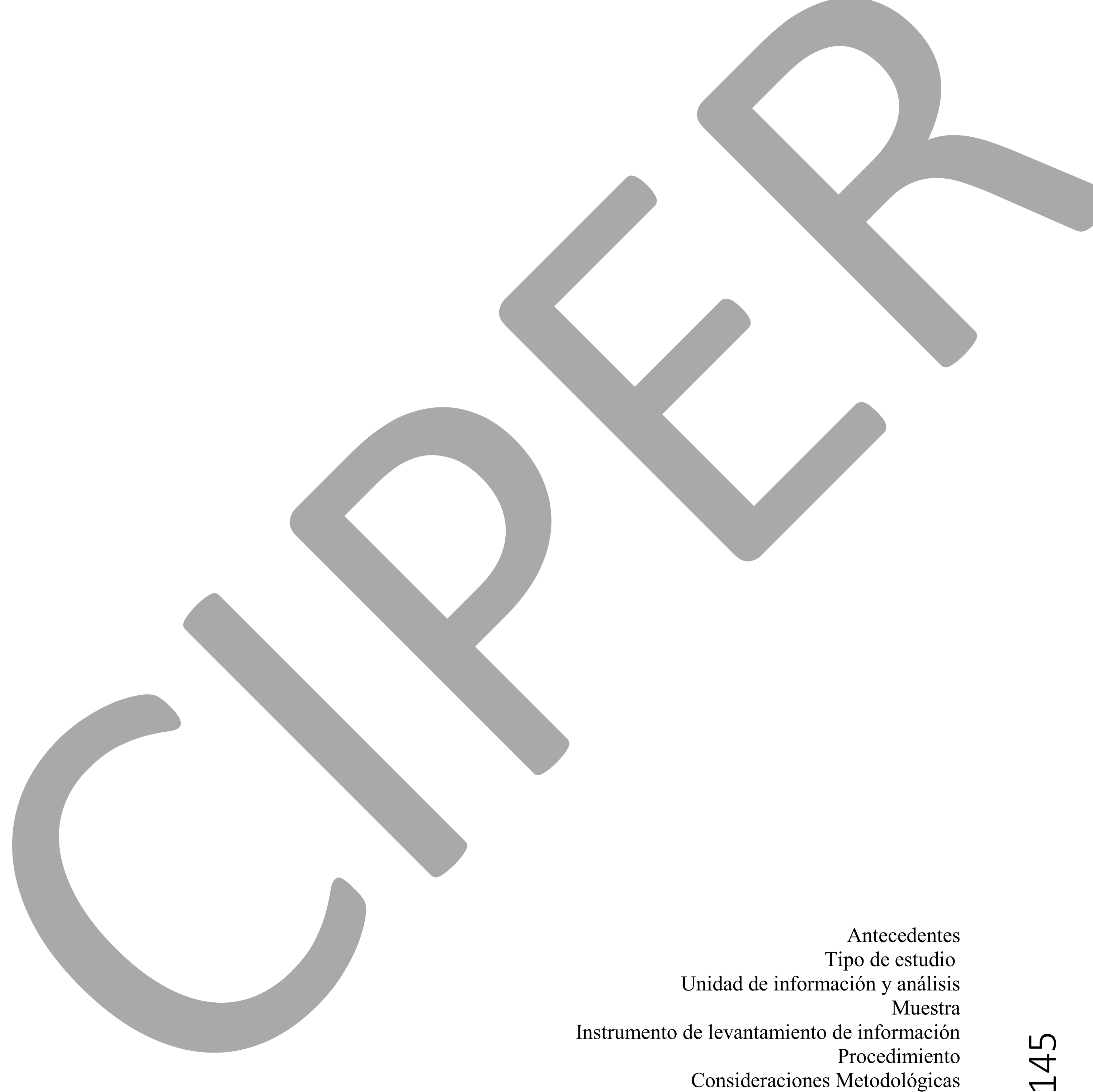
1. Describir las características los centros residenciales de administración directa y aquellos centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores.
2. Describir las características de la población de residentes existentes en los centros residenciales de administración directa y aquellos centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores.
3. Describir las características de las dinámicas de funcionamiento de los centros residenciales de administración directa y aquellos centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores.
4. Describir las características de los mecanismos de control y supervisión existentes para los centros residenciales de administración directa y aquellos centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores.



CIPER

CAPÍTULO 8

MATERIAL Y MÉTODOS


CIPER



Material y Métodos

Antecedentes

El presente estudio se realiza bajo una metodología cuantitativa de corte descriptivo, ex post facto. Se analizó en retrospectiva la frecuencia y características de distintas variables relativas al funcionamiento de los centros residenciales que dependen del Servicio Nacional de Menores recurriendo a la información obtenida de las diligencias instruidas por el Ministerio Público y realizada por la Policía de Investigaciones de Chile en el contexto de la investigación de los fallecimientos de niños, niñas y adolescentes residentes en los distintos centros de administración directa y organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores ocurridos durante el periodo contemplado entre enero del año 2005 a junio del año 2016.

En el contexto de las diligencias investigativas llevadas a cabo por la Fuerza de Tarea Sename, por instrucción del Ministerio Público, dirigidas a "Establecer las circunstancias en que se produjeron los fallecimientos de NNA que se encontraban bajo alguna línea de acción de Sename, en el periodo comprendido entre el enero del 2005 y julio del 2016", se elaboró el presente estudio, utilizando los insumos incluidos en el marco de la investigación policial.



Información que se relaciona con las dinámicas de funcionamiento existente en los centros residenciales que atienden a NNA derivados por resolución de los Tribunales de Familia como una medida de protección frente a la vulneración de derechos en los cuales se encontraban tales NNA. En efecto, por Resolución FN/MP N° 1333/2016, de 12 de julio de 2016, rectificada y complementada por Resolución FN/MP N° 1368/2016, de 19 de julio de 2016 y N° 1562, de 16 de agosto de 2016, el Fiscal Nacional del Ministerio Público Don Jorge Abbott Charme, designó al Fiscal Regional de Los Lagos, Marcos Emilfork Konow, para investigar muertes de NNA ocurridas al interior de centros del Servicio Nacional de Menores y de sus organismos colaboradores, por hechos ocurridos con anterioridad al 12 de julio de 2016 bajo la protección de Sename.

En virtud a las referidas resoluciones, el 14 de julio del año 2016 la Fiscalía Local de Puerto Montt solicitó a la Policía de Investigaciones de Chile -mediante Of. N° 175/2016- la conformación de un equipo especial con dedicación exclusiva, encargado de la investigación y diligenciamiento de instrucciones y directrices a cargo del Fiscal Regional de Los Lagos. De esta forma, con fecha 04 de agosto del año 2016, la Policía de Investigaciones de Chile creó la Fuerza de Tarea Sename. La autoridad institucional designó al Comisario Francisco Ceballos Espinoza, de dotación del Instituto de Criminología, como jefe de este equipo especializado el cual fue conformado por oficiales investigadores del área de homicidios, delitos sexuales e investigación criminal.

El 07 de noviembre del año 2017, a partir del Oficio FR N°273/2017, se envió una orden de investigar al equipo de Fuerza de Tarea Sename requiriendo aplicar la pauta -guía de investigación- por los equipos investigativos en cada una de las regiones del país en coordinación con la Fuerza de Tarea Sename, con el objeto de obtener un estándar de investigación mínima en el registro de esta información. Los antecedentes levantados por la Policía de Investigaciones de Chile e informados de manera preliminar por la Fuerza de Tarea Sename son considerados, por el Ministerio Público, como información de alta relevancia y de posible utilidad para la generación de políticas públicas orientadas a promover cambios en el trato a la infancia en Chile. De esta manera, el 06 de junio del año 2018 a través de Oficio Reservado FR N°137/2018 se especifica que, a la luz de la información obtenida a partir de las visitas -realizadas por los Oficiales Policiales de la Policía de Investigaciones de Chile- a los diversos centros de administración directa del Servicio Nacional de Menores y a los organismos colaboradores acreditados existentes en todas las regiones del país, se instruye a la Fuerza de Tarea Sename

> (…) generar un completo informe que contemple un análisis y estudio de los hallazgos obtenidos en relación con el cuidado y preservación de la vida e integridad física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la tutela del Estado, a objeto de ser transmitido y entregado a las autoridades de los organismos que correspondan con la finalidad que puedan establecerse políticas públicas permanentes a favor de la infancia más vulnerable de nuestro país.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

En mérito de las resoluciones y oficios señalados, surge el presente reporte que tiene como propósito exponer los principales hallazgos del levantamiento de información realizado en los centros residenciales de administración directa y organismos colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Menores, de tal manera de dar a conocer la situación y estructura de funcionamiento actual de las residencias proteccionales que operan bajo la supervisión del señalado servicio. Todo ello, desde una perspectiva epistemológica basada en Derechos Humanos con enfoque en los derechos de la infancia, en tanto, se parte de la premisa que el Estado de Chile es el garante del desarrollo y la integridad psíquica y física de los niños, niñas y adolescentes.

Tipo de Estudio

El presente estudio se realiza bajo un enfoque de metodología mixta, que permite superar las limitaciones identificadas en las investigaciones realizadas, con este tipo de fenómenos sociales, bajo un monismo metodológico. Lo anterior, en función de la naturaleza interpretativa que se realiza de los datos y los objetivos propios del estudio. De esta forma, se busca articular las fortalezas de la metodología cualitativa, atendiendo a las estructuras de significación, y la metodología cuantitativa, para estudiar las distribuciones de las variables, con el objeto de ofrecer una interpretación exhaustiva del fenómeno en estudio. Esta metodología permite generar una explicación que, desde la formulación de objetivos precisos en sus alcances y limitaciones (a partir de la mirada cualitativa y cuantitativa), considere la naturaleza del fenómeno; y, en tal sentido, permita proyectar sus posibilidades de abordaje (Díaz, 2014).

En virtud a lo anterior, se realiza una investigación de alcance descriptivo, en tanto se acude a técnicas específicas en la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico, componentes propios del fenómeno que se estudia, identificando las características presentes en distintas dimensiones exploradas, tales como:

- Caracterización de los centros.
- Caracterización de la población residente de cada centro.
- Aspectos funcionales de la residencia.
- Aspectos relativos al área de salud.
- Aspectos relativos a la infraestructura.
- Aspectos relativos al recurso humano.
- Control y supervisión de los centros.

CIPER

Unidad de Información y Análisis

La unidad de análisis corresponde a los centros residenciales de administración directa y a centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados dependientes del Servicio Nacional de Menores que se encontraban vigentes y/o en funcionamiento a la fecha de emisión del oficio FR N°273/2017 del 07 de noviembre del año 2017. En virtud a la precitada instrucción, se dispuso la concurrencia de funcionarios de la Policía de Investigaciones de Chile a cada centro residencial del país dependiente de Sename, tarea que fue realizada por parte de los equipos investigativos conformados, en cada una de las regiones del país, en coordinación con la Fuerza de Tarea Sename. Ello, con el objeto de obtener un estándar de investigación mínima en el registro de esta información.

Muestra

El levantamiento de información consideró todos los centros a nivel nacional, existentes a la fecha de concurrencia a las residencias, correspondiendo a un total de 241 centros. En este punto es preciso señalar que en el mes de mayo del presente año 2018 se incorporaron dos centros que no habían sido reportados previamente. Cabe mencionar que, de los 241 centros visitados por la Policía de Investigaciones de Chile, se tuvo acceso a 240 de ellos. Lo anterior, debido a que en uno de los centros no se permitió el ingreso de los oficiales investigadores, por lo tanto, no se cuenta con la información de ese centro en particular. Además, es preciso dar cuenta que el número de centros visitados, corresponde al total existente durante el proceso de levantamiento de información correspondiente al último bimestre del año 2017.

Tabla 10
Universo Muestral

UNIVERSO[20]	MUESTRA ESPERADA	MUESTRA LOGRADA	MARGEN DE ERROR
241	241	240	0,4%

Fuente: Elaboración propia, Policía de Investigaciones de Chile, 2018.

Como parte del levantamiento de información -propia de la investigación policial- se tomaron declaraciones[21] a actores considerados claves para el proceso investigativo, atendiendo a la necesidad de contar con información óptima respecto del funcionamiento de los centros residenciales. En ese sentido, en cada centro se entrevistó, a lo menos, a uno de los tres actores que se señalan a continuación, sin perjuicio de que en algunas residencias se levantó información de otros profesionales o informantes claves:

[20] El universo muestral de centros de Sename corresponde a los centros existentes al periodo de levantamiento de información para la investigación policial.

[21] Cabe destacar que la información de la declaración no estará disponible en este informe y, tampoco fue utilizada de manera textual. En ese sentido, para el debido resguardo de la confidencialidad de la información, las declaraciones solo fueron utilizadas por los investigadores para el informe policial y contrastada con los documentos verificadores, siendo ingresada de manera codificada en la base de datos.

1) Director o encargado del centro de residencia del Sename.
2) Dupla psicosocial.
3) Encargado del área de la salud[22].

Asimismo, es importante destacar que, dentro de los actores claves, en ninguna circunstancia se consideró a los NNA, ya que los Oficiales Policiales Profesionales no tuvieron contacto con ellos. Este criterio responde al resguardo total de la integridad y normal desarrollo de los niños. Atendiendo al derecho de no interrumpir sus actividades diarias, así como también evitando toda invasión de sus espacios, los funcionarios policiales velaron, en todo momento, por el interés superior del niño. Además, cabe considerar, que la entrevista de un NNA con un Oficial Policial, pudiese constituir un espacio de victimización, por lo tanto, se veló por evitar tal situación.

El siguiente cuadro corresponde a la distribución de los centros visitados, por región, según modalidad:

Tabla 11
Distribución de centros visitados en el país

REGIÓN	MODALIDAD	CANTIDAD
ARICA Y PARINACOTA	CIP-CRC	1
	CREAD	1
	REM-PER	1
TARAPACÁ	CIP-CRC	1
	REM-PER	2
	RLP – PER	1
	RPM	1
ANTOFAGASTA	CIP-CRC	1
	REM-PER	3
	RLP	1
	RLP – PER	1
	RPM	1
ATACAMA	CIP-CRC	1
	REM-PER	4
	RLP – PER	1
COQUIMBO	CIP-CRC	1
	CLA	1
	RDS-PRE-PRD	1
	REM-PER	3
	RPM	3

22 Si bien no es una figura que esté establecida como tal, el concepto representa a aquellas personas que son las encargadas de la organización, distribución y administración de los medicamentos a los NNA.

CIPER



	RPP	1
	RSP – PER	1
VALPARAISO	CIP-CRC	1
	CREAD	1
	RPP-PER, RPM-PER, RPM	1
	RDG	2
	REM-PER	12
	RLP	1
	RLP-PER	4
	RMA-PER	1
	RPM	4
	RPM-PER	7
	RSP-PER	1
METROPOLITANA	CIP-CRC	4
	CREAD	3
	RAD-PER	4
	RDD	1
	RDG	3
	REM-PER	13
	RLP-PER	4
	RMA-PER	1
	RPL	1
	RPM	7
	RPM, RLP-PER	1
	RPP	2
	RSP-PER	1
LIBERTADOR BERNARDO O´HIGGINS	CIP-CRC	1
	RDG	1
	REM-PER	5
	RLP-PER	1
MAULE	CIP-CRC	1
	CREAD	1
	RDD	2
	REM-PER	7
	RLP-PER	4
	RMA-PER	1
	RPM	8
	RPM-PER	2
	RSP-PER	1
BIOBÍO	CIP-CRC	1
	CREAD	3

CIPER

	RAD-PER	1
	REM-PER	14
	RLP-PER	5
	RPM	16
	RPM-PER	1
	RPA	1
ARAUCANIA	CIP-CRC	1
	CREAD	2
	REM-PER	12
	RLP-PER	1
	RPM	1
	RPM-PER	1
LOS RIOS	CIP-CRC	1
	REM-PER	4
	RLP-PER	2
	RMA-PER	1
	RSP-PER	1
LOS LAGOS	CIP-CRC	1
	RAD	1
	REM	1
	REM-PER	6
	RLP-PER	1
	RPE-PRE-PPE	1
	RPL-PER	1
	RPM	4
	RPM-PER	3
AYSÉN	CIP-CRC	1
	RLP	1
MAGALLANES Y LA ANTARTICA CHILENA	CIP-CRC	1
	REM-PER	1
	RLP-PER	1
TOTAL RESIDENCIAS		240

Fuente: Elaboración propia, Policía de Investigaciones de Chile, 2018

Instrumento de levantamiento de Información

Para el proceso de levantamiento de información se construyó -en conjunto con el Ministerio Público- una guía de investigación que permitió homologar el trabajo investigativo realizado por las distintas Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales del país. Para la elaboración de tal instrumento, se aprovechó la experiencia de un año de recolección de información en la denominada Causa Sename a través de metodologías propias de la investigación criminal, lo que permitió ajustar el instrumento obteniendo como producto la "Guía de Investigación".

Esta *Guía de Investigación* se construye, por tanto, con la capitalización de experiencias anteriores para el levantamiento de información, permitiendo elaborar un

CIPER



instrumento que lograra estandarizar las variables que se buscaban evidenciar, homologando -a su vez- los criterios mínimos de recolección de información a nivel nacional. Asimismo, la elaboración del instrumento, se enmarcó dentro de la dinámica de trabajo coordinado entre la Policía de Investigaciones de Chile y el Ministerio Público, consensuando las variables y dimensiones a incluir en el levantamiento de información, según se señala a continuación:

Tabla 12
Descripción por Categoría, Variables y Dimensiones

CATEGORÍA	VARIABLES	DIMENSIONES
Caracterización de los Centros de Sename	Distribución de los Centros	CIP-CRC
		CLA
		CREAD
		RPP-PER, RPM-PER, PRM
		RAD
		RAD-PER
		RDD
		RDG
		RDS-PRE-PRD
		REM
		REM-PER
		RLP
		RLP-PER
		RMA-PER
		RPE-PRE-PPE
		RPL
		RPL-PER
		RPM
		RPM-PER
		RPM-RLP-PER
		RPP
		RSP-PER
		RPA
	Región	Tarapacá
		Antofagasta
		Atacama
		Coquimbo
		Valparaíso
		Libertador Gral. Bernardo O´Higgins
		Maule
		Biobío
		Araucanía
		Los Lagos
		Aysén
		Magallanes Antártica Chilena Aysén
		Metropolitana
		Los Ríos
		Arica Y Parinacota

Fuente: Elaboración propia. Policía de Investigaciones de Chile, 2018

CIPER

CATEGORÍA	VARIABLES	DIMENSIONES
Caracterización de los Residentes	Modalidad residencial	Total Organismos Colaboradores Acreditados Cobertura por sexo Total CIP – CRC TotalCREAD Total de plazas para la atención residencial Total de plazas y residentes vigentes por modalidad.
	Perfil de Usuarios	Percepción del perfil usuarios distribuidos por región Residentes sobre - institucionalizados Permanencia de adultos como residentes mayores a 18 años
Área de salud	Residentes con perfil clínico	Residentes con patologías psiquiátricas Residentes con patologías médicas Residentes con enfermedades crónicas Residentes en estado terminal y/o en eventual riesgo vital
	Residentes bajo condición especial	Residentes con discapacidad
	Acceso de Salud Prioritaria	Salud Pública y Privada
Aspectos de funcionamiento de la residencia	Protocolos de funcionamiento requeridos por Sename	Protocolos mínimos requeridos por Sename para OCAs y AADD
	Protocolos establecidos por el Equipo Investigador	Protocolo de alimentación Protocolo de Prevención de Conductas Suicidas Protocolo de Contención o Sujeción Protocolo de Fallecimiento Protocolo sobre cuidado y manejo de NNA con Enfermedades Complejas Protocolo de alimentación
	Deserciones, fugas y/o abandonos	Deserciones, fugas y/o abandonos por parte de residentes
	Victimización intra-residencial y vulneración de derechos por región	Maltrato entre pares Maltrato por parte de familiares hacia los residentes Actos abusivos de connotación sexual cometido por adultos intra/extra residencial Actos abusivos de connotación sexual cometido por pares Denuncias, medidas administrativas y medidas adoptadas por las residencias

Fuente: Elaboración propia. Policía de Investigaciones de Chile, 2018

CIPER



CATEGORÍA	VARIABLES	DIMENSIONES
Recursos Humanos	Personal	Personal comprometido en el proyecto Personal vigente
	Perfil Profesional	Perfil profesional comprometido en el proyecto
	Cobertura	Cobertura de ETD por NNA
	Reemplazo	Mecanismos de reemplazo
	Capacitación	Capacitación calendarizada
	Personal de Salud	Encargado de Salud Encargado de Administración de Medicamentos Personal para el cuidado de residentes con perfil clínico
Infraestructura	Infraestructura para el cuidado y manejo de casos complejos	Sala de Enfermería Mecanismos de traslado institucional de residentes (Medio de transporte)
Control y supervisión	Control y Supervisión Institucionales	Mecanismos de Supervisión por parte de Sename Supervisión por parte de Tribunal de Familia

Fuente: Elaboración propia. Policía de Investigaciones de Chile, 2018

A través de la *Guía de Investigación* los Oficiales Policiales Profesionales de las Brigadas Investigadora de Delitos Sexuales (BDS) a nivel nacional, con la supervisión del equipo de Oficiales de la Fuerza de Tarea de Sename realizaron el levantamiento de información en todas las regiones del país. A partir de la información levantada, se confeccionó una base de datos. Estos datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS V.24. Dicha base de datos fue confeccionada con información recogida de las declaraciones de los encargados de cada centro y contrastada empíricamente a través de la observación de los Oficiales Policiales y la revisión de la documentación archivada en el lugar y/o verificadores existentes en cada centro.

Procedimiento

Considerando que la aplicación de este instrumento se realizaría a nivel nacional, el día 7 de noviembre del año 2017 se organizó una jornada de trabajo con los coordinadores de las diferentes Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales (BDS) a nivel nacional, en tanto, el personal de esta unidad especializada fue el encargado de recolectar la información a nivel nacional, teniendo como base para ello, la Guía de Investigación señalada precedentemente. Esta dinámica de trabajo respondió a la necesidad de agilizar la obtención de información requerida, dado que se consideró cada uno de los centros existentes a nivel nacional.

CPEP



Durante la jornada de capacitación a funcionarios encargados de levantar a información, se revisó -en compañía del Jefe de la Fuerza de Tarea Sename Comisario Francisco Ceballos Espinoza y los Fiscales Marcos Emilfork Konow y Patricio Poblete Arenas- el instrumento para el levantamiento de información donde, además, se impartió instrucciones respecto del correcto levantamiento de la información y los resguardos necesarios para tal procedimiento, considerando la revisión de documentos verificadores para cada ítem (documentos, libros y evidencia que diera cuenta de la información que se estaba incluyendo en las guías de investigación), además de instruir explícitamente los cuidados que debían adoptar los oficiales diligenciadores para evitar cualquier alteración al normal funcionamiento del centro o afectar las dinámicas de rutina diaria llevadas a cabo por sus residentes. Ello incluía la instrucción de evitar el contacto con los residentes y no entrevistar a los niños para el levantamiento de la información requerida.

Posterior a la jornada de capacitación, el Ministerio Público emitió la orden de investigar donde adjuntaba el instrumento de recolección de información. Este levantamiento sistematizado de información comenzó en noviembre del año 2017 finalizando en mayo del año 2018. En virtud a ello, la recepción de las guías de investigación con la información recopilada a nivel nacional, se materializó entre los meses de marzo y junio del año 2018.

Cabe mencionar que el proceso de investigación incluyó la revisión y triangulación de la información reportada por las distintas Brigadas de Delitos Sexuales Regionales con fuentes de información colateral, por lo que cada informe recepcionado desde las unidades regionales fue sometido a un proceso de validación y corrección por parte la Fuerza de Tarea Sename en virtud a la experiencia acumulada y la información levantada anteriormente en el contexto de la investigación de los fallecimientos de NNA ocurridos al interior de algunos centros a nivel nacional, los que fueron visitados posteriormente por personal de la Brigada Investigadora de Delitos Sexuales. En este proceso de revisión realizado por el personal de Fuerza de Tarea Sename, se generaron requerimientos adicionales de información -en aquellos casos que se estimó pertinente- puesto que fue necesario clarificar los antecedentes consignados en el informe o precisar algún dato levantado por parte de los oficiales diligenciadores en regiones, dada la ambigüedad presentada o la falta de información contenida en los reportes enviados. En otras situaciones, Oficiales Policiales de la propia Fuerza de Tarea Sename debieron concurrir directamente a centros residenciales en más de una ocasión con la finalidad de corroborar información imprecisa o que se prestaba para interpretaciones confusas. Todo lo anterior, con la finalidad de homologar las pautas y obtener información fidedigna y verificable.

CIPER



Consideraciones Metodológicas

Es preciso señalar que la metodología utilizada para el presente estudio, estaba dirigida -preliminarmente- a levantar información en el marco de una investigación judicial, por tanto, requirió un proceso de adecuación metodológica a un estudio propio del área de las ciencias sociales.

En otro aspecto, como parte de la revisión bibliográfica para la elaboración del presente estudio, se examinaron los siguientes informes relativos a Sename, información que posteriormente se trianguló, en lo pertinente, con los resultados emanados del presente estudio:

1. Proyecto de levantamiento y unificación relativo a los niños, en sistema residencial en Chile, año 2013. Elaborado por el Poder Judicial, Unicef y Sename, coordinado por la Magistrada Mónica Jeldres Salazar (Boletín N° 1 y N° 2).
2. Derecho del Niño y la Niña a la Familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. Del mes de octubre de 2013, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
3. Informe Legislación comparada de protección integral de la infancia: España, Francia, Colombia y Argentina. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, del mes de mayo de 2016.
4. Informe de la Comisión Especial Investigadora del Funcionamiento del Servicio Nacional de Menores, Año 2013, Cámara de Diputados.
5. Informe Comisión Especial Investigadora de la forma en que las autoridades han atendido las propuestas de la Cámara de Diputados, por la aprobación del informe de la Comisión Investigadora del Sename en el año 2014, y la situación de menores de edad carentes de cuidado parental. Comisión Especial Investigadora de la Situación de Menores de edad en Chile, cámara de diputados.
6. Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Sename y Privadas. Agosto 2016, realizado por corporación de administrativa del Poder judicial.
7. Diagnóstico de la situación de Derechos Humanos de Niños Niñas y Adolescentes en centros de protección de la red Sename. Confeccionado en junio 2017 por el Instituto Nacional de Derechos Humanos.
8. Caracterización del perfil de Niños Niñas y Adolescentes atendidos por los centros residenciales de Sename, realizado en octubre de 2016, Unicef.

Debido a que el presente estudio se enmarca dentro de una investigación criminal realizada por la Policía de Investigaciones de Chile por instrucción del Ministerio Público, existe información respecto de la cual no fue posible dar cuenta, en tanto, durante todo el proceso se aseguró el resguardo de la confidencialidad de la información y de la posible identificación tanto de los centros como de las personas entrevistadas para tales efectos. Esto,

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

sin embargo, no afecta los resultados expuestos, así como tampoco, la realización del estudio entorpece la investigación y/o las garantías legales del proceso judicial, en tanto se resguarda -en todo momento- aquella información que pueda orientar hacia alguna identificación respecto de las personas entrevistadas o de los centros respecto de los cuales se levantó una información en particular.

Cabe mencionar que, en atención a las dinámicas propias de Sename; y, pese a que los resultados obtenidos responden a un momento en particular (transaccional), el proceso de investigación incluyó la permanente revisión de la información levantada con el objeto de asegurar la calidad de la información recogida y la exactitud de la misma, en un número importante de centros debió concurrirse en más de una oportunidad, por lo que la base de datos mantuvo un carácter dinámico durante toda la investigación. Esta dinámica investigativa permitió registrar y representar en los resultados una alta movilidad de datos y una variación constante de indicadores numéricos tales como la variación de población residente, dotación de trabajadores, fugas y/o abandonos, el registro de maltratos, entre otras variables propias de las características del servicio.

Asimismo, debido a la misma lógica anteriormente mencionada y a las dinámicas de funcionamiento propias de Sename, durante el levantamiento de información, se pudo constatar que algunos de los centros visitados no contaban con registro de información histórica y/o archivadores de periodos anteriores, lo que fue justificado por los directores entrevistados como parte del funcionamiento estructural del servicio, así como también, la inexistencia de un protocolo que regule los cambios de directores de residencia y la conservación de la información de la administración anterior.

De esta forma, las consideraciones metodológicas para el presente estudio se enmarcan en un mandato particular del Ministerio Público, cuya finalidad responde a la intención de reportar a las autoridades pertinentes los hallazgos de relevancia -obtenidos en el contexto de una investigación criminal- a objeto de entregar conocimiento útil con sustento empírico que coadyuve en la elaboración de políticas públicas basadas en la evidencia, orientadas a mejorar el trato de la infancia en Chile.

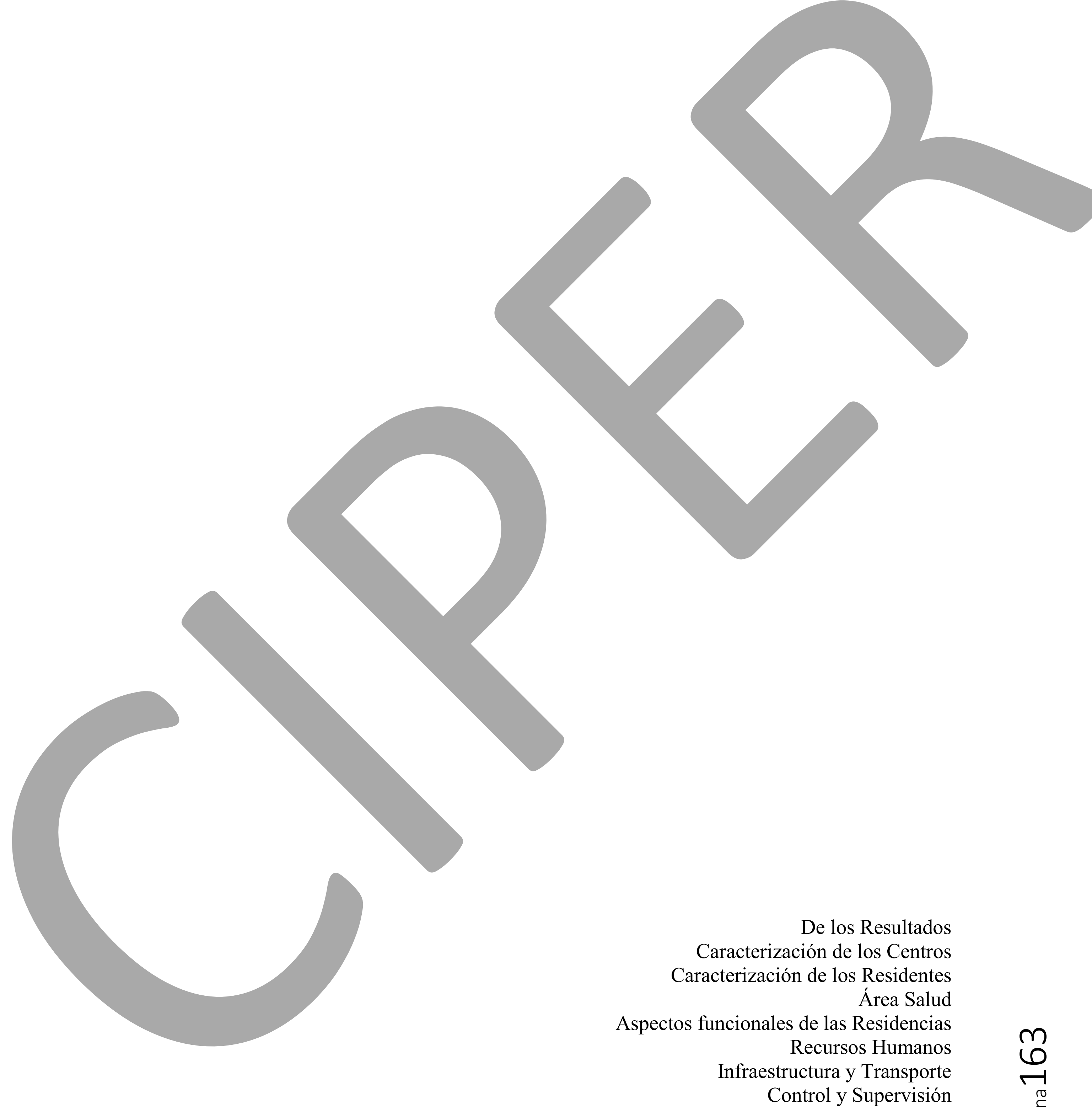
CIPER



CIPER

CAPÍTULO 9

RESULTADOS



De los Resultados
Caracterización de los Centros
Caracterización de los Residentes
Área Salud
Aspectos funcionales de las Residencias
Recursos Humanos
Infraestructura y Transporte
Control y Supervisión



De los Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos conforme a la metodología de investigación señalada en el apartado anterior. Los hallazgos que son expuestos responden, única y exclusivamente, a la realidad registrada durante el periodo de investigación, en tanto, deben interpretarse desde la transversalidad del dato levantado. Esto es, considerando que el diseño de investigación adoptado para el presente estudio implicó la recolección de datos en un tiempo único; y, aun cuando un número importante de residencias fue visitada en más de una oportunidad por el oficial investigador. Estas concurrencias posteriores respondieron a la necesidad de comprobar, verificar y/o profundizar datos obtenidos en un primer momento, conforme a la validación exigida por el equipo de investigación de la Fuerza de Tarea Sename. De ahí que los resultados expuestos a continuación deben ser interpretados como una fotografía del momento en el cual se realizó el levantamiento de información, pues el propósito y alcance de la investigación es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado considerando, además, la alta rotación de datos presente en el Sistema Residencial del Servicio Nacional de Menores.



Caracterización de los Centros

Se logró establecer la totalidad de 241 centros en funcionamiento entre el periodo noviembre del 2017 y mayo del 2018, todos dependientes del Servicio Nacional de Menores y distribuidos dentro de las 15 Regiones que comprendía el territorio nacional a la fecha de realización de la investigación. De lo anterior, 29 de ellos corresponden a Centros de Administración Directa del Sename (AA.DD. [11 CREAD y 18 CIP-CRC]), y 212 corresponden a Organismos Colaboradores Acreditados (OCA [211 centros visitados]). No obstante, se logró obtener información de 240 centros ya que uno de ellos no aportó antecedentes para la presente investigación.

Tabla 13

Distribución regional de centros según su administración

		TIPO ADMINISTRACIÓN		TOTAL
		AA.DD.	OCA	
REGION	Arica y Parinacota	2	1	3
	Tarapacá	1	4	5
	Antofagasta	1	6	7
	Atacama	1	5	6
	Coquimbo	1	10	11
	Valparaíso	2	33	35
	Metropolitana	7	38	45
	Libertador b. O'Higgins	1	7	8
	Maule	2	25	27
	Biobío	4	38	42
	Araucanía	3	15	18
	Los Ríos	1	8	9
	Los lagos	1	18	19
	Aysén	1	1	2
	Magallanes y Antártica Chilena	1	2	3
Total		29	211	240

Fuente: Elaboración propia. Policía de Investigaciones de Chile, 2018

De la gráfica anterior, se desprende, que el 88% pertenece a Instituciones Administradas por Organismos Colaboradores, como instituciones o fundaciones sin fines de lucro, ONG, etc., prestando sus servicios a Sename 212 residencias. En tanto, solo un 12%, son administrados directamente por el Servicio Nacional de Menores, equivalente a 29 centros.

Además, se puede observar que las regiones que concentran mayor cantidad de centros corresponden a la Región Metropolitana con 45 residencias, la Región del Biobío con 42 centros y la Región de Valparaíso con 35 centros, concentrando un total de 122 centros, equivalente a un 50.6% de la realidad nacional, mientras que las regiones de Arica y Parinacota, Aysén y

CIPER



Magallanes, son las que mantiene una menor cantidad de centros tanto de administración directa como dependientes de organismos colaboradores acreditados.

Distribución de centros por sexo de los residentes

De acuerdo a la cobertura por sexo, el 34.6% de los centros (83 residencias) mantienen residentes de sexo mujer, mientras que el 18.3% (44 centros), corresponden a residencias que entregan atención solamente a hombres. Por otra parte, 113 centros (47.1%) mantienen atención residencial mixta (ambos sexos).

Modalidad residencial

Se estableció la existencia de 23 modalidades de atención residencial para NNA con diferente perfil de ingreso, basado en las características propias del NNA y/o de las características de la vulneración de la cual fue víctima.

Centro de Internación Provisoria - Centro de Régimen Cerrado

Se estableció la existencia de 18 Centros de Internación Provisoria - Centros de Régimen Cerrado (CIP-CRC) a nivel nacional (7.5%), los que se encuentran distribuidos uno por región, a excepción de la Región Metropolitana que concentra cuatro centros, equivalentes al 22.2% de centros CIP-CRC a nivel nacional.

Centros de Reparación Especializada de Administración Directa

Existen 11 Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), representando un 4.6% del total de centros, los que se encuentran concentrados en la Región de Arica y Parinacota (1), Región de Valparaíso (1), Región Metropolitana (3), Región del Maule (1), Región del Biobío (3) y de La Araucanía (2). Lo anterior demuestra un déficit de cobertura a nivel nacional referente a centros administrados por el organismo estatal, ya que esta modalidad en particular se encuentra presente en solo 6 regiones del país. Las dos modalidades antes indicadas, CIP-CRC y CREAD (29 centros en total), son las únicas que se encuentran directamente administradas por el Servicio Nacional de Menores, representando el 12% del total de la oferta programática del Sename.

Organismos Colaboradores Acreditados

Por otra parte, la modalidad con mayor cantidad de centros presentes a nivel nacional corresponde a las Residencias para Mayores[23] con programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (REM-PER), otorgando una cobertura mediante 87 centros del total de centros residenciales (36.3%). Esta modalidad recibe residentes desde los 06 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, encontrándose presente en todas las regiones a excepción de la

[23] REM es definido por Sename como una Residencia para Mayores. La acepción "mayores" hace referencia a niños entre los 6 y los 17 años, 11 meses y 29 días (Orientaciones Técnicas ara la Modalidad REM-PER, Sename, 2016. p. 11).



Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Región de Aysén concentrándose la mayor cantidad en las regiones del Biobío (14 centros), Metropolitana (13 centros), Valparaíso (12) y Araucanía (12).

Así mismo, la modalidad residencial de Protección para Mayores (RPM), es la segunda modalidad que presenta mayor cobertura en el país (45 centros), lo que representa un 18.8%, de la totalidad de los centros. Este tipo de residencia, al igual que la anterior, entrega atención a residentes desde los 06 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días y se concentran mayoritariamente en la Región del Biobío (16 centros), Región del Maule (8 centros) y Región Metropolitana (7 centros). Las regiones que no presentan esta modalidad corresponden a las regiones de Arica y Parinacota, Atacama, Libertador Bernardo O´Higgins, Los Ríos, Aysén y Magallanes y Antártica Chilena.

Por otra parte, Sename mantiene modalidades para cubrir las necesidades de etapas tempranas de la infancia: lactantes y pre escolares, cuyo rango de edad es de 0 a 5 años, 11 meses y 29 días, existiendo en todo el territorio nacional 35 centros (3 RPP, 3 RLP, 26 RLP-PER, 1 RPL-PER, 1 RPL, 1 CLA), todos ellos, correspondientes a organismos colaboradores. A estas residencias deben sumarse los cuatro centros de administración directa que reciben a residentes con este perfil etario.

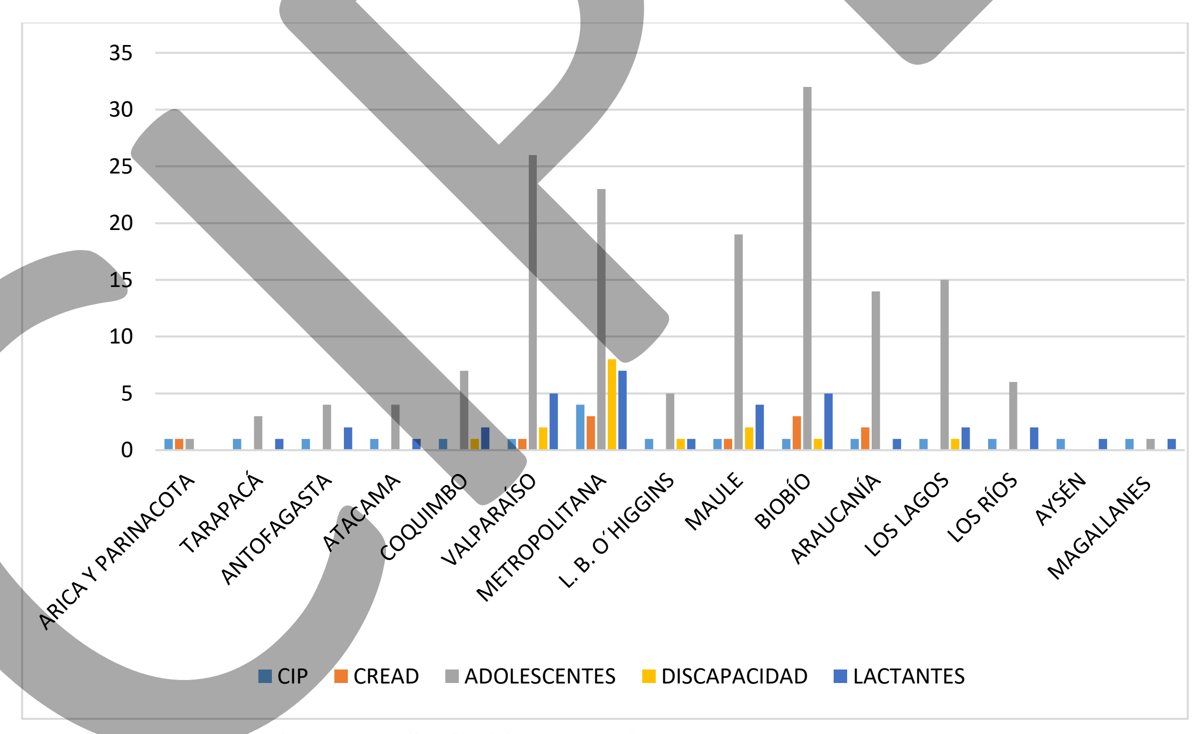


Figura 2. Frecuencia de centros distribuidos por región.

CIPER

En cuanto a población con discapacidad, se estableció que existen 5 modalidades que se encuentran licitadas para intervenir a este perfil de residentes distribuidos en 16 centros (1 RAD [Los Lagos], 5 RAD-PER [R. Metropolitana y Biobío], 3 RDD [El Maule y R. Metropolitana], 6 RDG [R. Metropolitana, Valparaíso y L. B. O'Higgins], 1 RDS-PRE-PRD [Coquimbo]), todos ellos, correspondientes a organismos colaboradores. Un resumen de los resultados obtenidos se aprecia en la figura 2.

Plazas y ocupación residencial

Respecto a la cantidad de plazas y residentes vigentes establecidos, cabe hacer presente que esta cifra fue levantada durante la primera concurrencia al centro, y la cantidad indicada para cada residencia corresponde a aquellos residentes que, al momento de la concurrencia pernoctaban en el centro, y aquellos que no habiendo pernoctado la noche anterior, se encontraban en situación de pre-egreso y, por consiguiente, residen tanto con la familia como en el centro, lugar donde mantienen una cama, ropa y sus pertenencias. De esta forma, la tabla N°14, representa aquellos residentes que, en su calidad de residente, pernoctan de manera permanente y estable en el centro (residentes estables y residentes en condición de pre-egreso). Cabe hacer presente que, el número de plazas responde al total de residentes en atención. La presente tabla (N° 2) refleja la realidad existente en cada centro el día de la concurrencia, la que se realizó entre los meses de noviembre del año 2017 y junio del presente año. Esta información fue desglosada a nivel regional, de acuerdo al detalle que se indica a continuación:

Tabla 14
Distribución de plazas y residentes vigentes por región

REGION	PLAZAS	RESIDENTES	PLAZAS OCUPADAS	DIFERENCIA	OCUPACIÓN RESIDENCIAL
Arica y Parinacota	139	85	93	46	66.9%
Tarapacá	175	157	173	2	98.9%
Antofagasta	220	175	208	12	94.5%
Atacama	202	128	139	63	68.8%
Coquimbo	309	207	224	85	72.5%
Valparaíso	1291	956	1090	201	84.4%
Metropolitana	2611	2203	2275	336	87.1%
L. B. O´Higgins	451	247	269	182	59.6%
Maule	747	587	680	67	91.0%
Biobío	1476	944	1000	476	67.8%
Araucanía	727	484	525	202	72.2%
Los Ríos	242	178	192	50	79.3%
Los lagos	591	459	519	72	87.8%
Aysén	48	15	15	33	31.3%
Magallanes	77	19	36	41	46.8%
Total	9306	6844	7438	1868	79.9%

Fuente: Elaboración propia. Policía de Investigaciones de Chile, 2018

CIPER



Conforme a lo anterior, se puede establecer que, a nivel nacional existe una totalidad de 9306 plazas contenidas en los 240 centros visitados, concentrándose una mayor cobertura en las regiones Metropolitana (2611), Biobío (1476) y Valparaíso (1291), relacionado con el número de habitantes a nivel regional representando una cobertura total de 57.9% del total país. Las regiones con menor cantidad de plazas son aquellas que responden de igual manera a las regiones que presentan un menor número de habitantes. Estas corresponden a la Región de Aysén (48) y la Región de Magallanes y Antártica Chilena (77), lo que representa el 1.3% del total nacional. Del total de plazas, se logró establecer la existencia de 6844 residentes (NNA y adultos) que viven de manera permanente y estable dentro de los centros[24]. A esta población de residentes estables se suman 594 NNA que se encuentran en condición de pre-egreso, lo cual implica que cuentan con una cama propia y pertenencias dentro de la residencia, manteniendo un alojamiento regular y periódico con sus familiares. La suma de ambos perfiles de residentes (estables [6844] y en situación de pre-egreso [594]) permite señalar que actualmente se encuentra ocupado el 79.9% de la cobertura nacional (7438 plazas ocupadas[25]), entre menores de edad (NNA) y adultos (mayores de 18 años).

Al analizar el comportamiento geográfico de la demanda residencial, se estableció que las regiones de Tarapacá, Antofagasta, y Del Maule presentan el mayor porcentaje de ocupación de plazas disponibles (98.9%, 94.5% y 91.0% respectivamente). Sin embargo, en términos cuantitativos, la mayor concentración de plazas ocupadas se encuentra las regiones Metropolitana (2275 plazas ocupadas), de Valparaíso (1090 plazas ocupadas) y del Biobío (1000 plazas ocupadas), quienes a su vez registran el mayor número de residentes (2203, 956 y 944 respectivamente), acumulando el 58.7% del total país. Por otra parte, pese a que -como se señaló previamente- la ocupación residencial a nivel país presenta una ocupación menor que la disponibilidad de plazas existentes (79.9%), se estableció que 28 centros mantienen una sobrepoblación residencial, lo que corresponde al 11.7% del total de centros visitados (240).

Al excluir del análisis las plazas que corresponden a la línea de acción que opera bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (1600 plazas CIP-CRC, 757 de ellas se mantienen ocupadas [47.3% de ocupación]), las residencias proteccionales presentan una plaza correspondiente a 7706 cupos, de las cuales 6681 se mantienen ocupadas (86.6% de ocupación; 6087 corresponden a residentes establecidos el día de la concurrencia).

---

[24] Para efectos del presente estudio, la denominación de *residente,* corresponde al total de NNA y/ adultos que pernocta diariamente en los centros.

[25] Corresponden a aquellos NNA y adultos que son objeto de atención y se encuentran vinculados con la residencia (sea porque pernoctan en el centro o porque se encuentran en condición de pre-egreso). Conforme a la Tabla Nº 14, para los efectos del presente estudio serán designados bajo la denominación *vigentes* cuyas cifras corresponden al total de la población atendida (residentes [que pernoctan diariamente en el centro] + aquellos NNA que se encuentran en situación de pre-egreso; y, por tanto, aun cuando cuentan con cama y pertenencias en el centro, alojan parte importante del tiempo junto a sus familias [sea familias de origen o de acogida]).

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



Plazas y residentes vigentes por modalidad

De acuerdo a lo establecido en la presente investigación, existen 2350 vacantes a lo largo del territorio nacional dependiente de los centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) equivalente al 25% de la totalidad de las plazas vacantes de la oferta programática residencial. De acuerdo a los residentes vigentes establecidos, hay un total de 1318 plazas ocupadas, existiendo 1032 plazas disponibles (43.9%). En los CREAD, específicamente, existen 750 plazas, 561 de ellas ocupadas (74.8%). Los Organismos Colaboradores Acreditados, en tanto, mantienen una totalidad de 6956 plazas, 6120 de ellas ocupadas por NNA y adultos, lo que equivale al 87.9% de la cobertura total disponible en estos centros.

En cuanto a los 35 centros (organismos colaboradores) que intervienen bajo distinta modalidad residencial a población lactante (3 RPP, 3 RLP, 26 RLP-PER, 1 RPL-PER, 1 RPL, 1 CLA), se estableció que existe un número de 916 plazas, de las cuales 738 se encuentran ocupadas (81% de ocupación). Por su parte los 16 centros licitados para atender población discapacitada (1 RAD, 5 RAD-PER, 3 RDD, 6 RDG, 1 RDS-PRE-PRD, todos ellos, correspondientes a organismos colaboradores) presentan un total de 1181 plazas, 1136 de ellas ocupadas (96%).

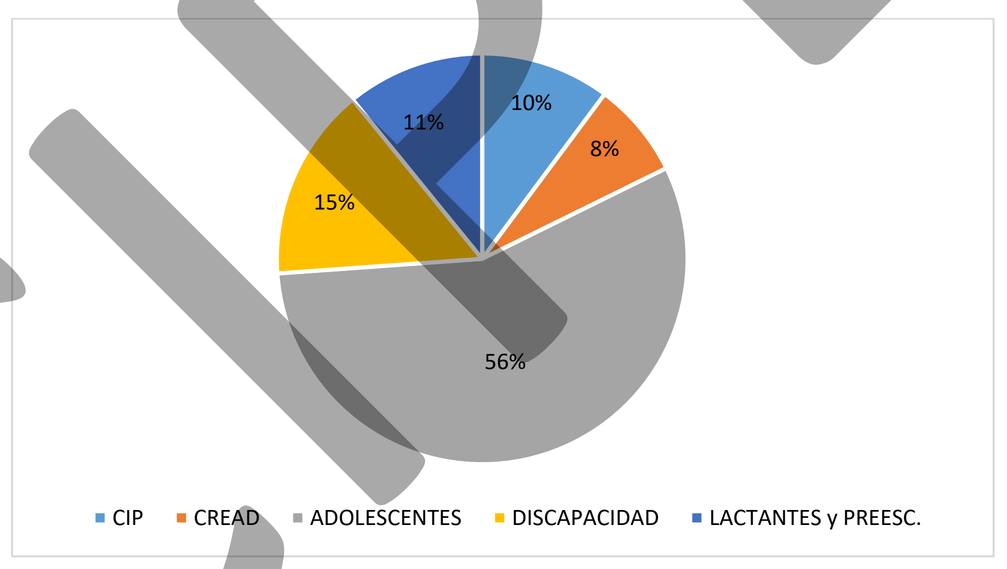


Figura 3. Distribución porcentual de población residente

En la modalidad correspondiente a centros de internación para infractores de Ley de Responsabilidad Penal Adolescente CIP-CRC existen 1600 plazas a nivel nacional, de las cuales 757 se encuentran ocupadas por población adolescente y adultos, lo que equivale al 47.3% de la totalidad de las plazas.

Investigar está en nuestro ADN

Caracterización de los Residentes

Se estableció una población total de NNA y adultos de 7438. De ellos, 6844 residen de manera permanente en los centros. Esta diferencia guarda relación con aquellos que, habitando en las residencias, presentan un alojamiento familiar extra residencial de manera permanente, ya sea porque participan en un proceso de acercamiento familiar, porque se encuentran en proceso de pre-egreso o porque están considerados dentro de un proceso de adopción. Por otra parte, 1358 residentes presentan algún grado de discapacidad (1136 viven en residencias para población discapacitada, en tanto el 16.3% restante, se encuentra distribuido en residencias no especializadas para su atención y cuidado) y 659 residen en centros destinados a la atención de población lactante y preescolar.

Perfil de usuarios

Se determinó que, en los centros visitados a nivel nacional, existe una idea preconcebida por parte de sus directores, respecto de la complejidad de los residentes, la cual no necesariamente resulta coincidente con la categorización formal realizada por Sename[26] como perfil de ingreso a las distintas modalidades de centros. En la tabla 15 se describe la percepción de los directores respecto del perfil de los residentes existentes en cada centro, logrando establecer 9 tipos de perfiles de ingreso.

---

[26] La red de oferta programática del Sename y su Departamento de Protección de Derechos, se estructura de acuerdo a la realidad en que viven los sujetos de atención. Esta ha sido diseñada para enfrentar situaciones de vulneración de derechos, conforme a la naturaleza y complejidad de la situación que afecta a las víctimas; de tal forma que categoriza este nivel de vulneración en:
Casos de leve a mediana complejidad
En estos casos, la oferta de programas se destina a la protección y prevención focalizada a nivel comunal, acogiendo a niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración de derechos y riesgo considerados de mediana complejidad. La cobertura de necesidades en este tipo de vulneración se realiza fundamentalmente a través de los Programas de Intervención Breve (PIB) y los Programas de Prevención Focalizada (PPF), ambos focalizados en identificar factores de vulnerabilidad y fortalezas en las esferas personales, familiares y socio comunitarias presentes en niños/as y adolescentes en condiciones de mediana complejidad.
Casos de mediana a alta complejidad
Se concentran en niños, niñas, adolescentes y familias con problemas altamente complicados o con necesidades especiales: deserción escolar prolongada, consumo problemático de drogas, víctimas de las peores formas de trabajo infantil, explotación sexual comercial, conductas trasgresoras tipificadas como delito, familias ausentes o con conductas irresponsablemente negligentes, vínculos familiares donde predomina la violencia, niños/as viviendo en caletas (situación de calle) o en sectores caracterizados por la presencia de grupos con comportamiento delictivo (quienes impactan fuertemente en la convivencia de la comunidad), con requerimiento de separación de su núcleo familiar de origen, etc. Para los sujetos que presentan estos niveles de complejidad, la oferta de protección considera programas y modalidades tales como: Programas Especializados de Protección; Centros Residenciales; Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD); Programas de Fortalecimiento Familiar; Programas de Familia de Acogida Simple (FAS) y Programas de Familia de Acogida Especializada (FAE); Programas de Representación Jurídica (PRJ), entre otros. (Fuente: http://www.sename.cl/web/oferta-de-proteccion/)

CIPER

Tabla 15

Percepción del perfil usuarios distribuidos por región

		Alta complejidad	Mediana a alta complejidad	Baja a mediana complejidad	Mediana complejidad	Baja complejidad	Discapacidad severa o profunda	Discapacidad leve o moderada	Baja, mediana y alta complejidad	Adolescentes embarazadas	TOTAL
REGION	Arica y Parinacota	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	Tarapacá	1	2	1	1	0	0	0	0	0	5
	Antofagasta	1	5	0	1	0	0	0	0	0	7
	Atacama	2	0	0	3	1	0	0	0	0	6
	Coquimbo	8	0	0	0	3	0	0	0	0	11
	Valparaíso	11	2	1	17	2	1	0	1	0	35
	Metropolitana	9	4	2	16	7	6	0	1	0	45
	L. B. O´Higgins	1	0	1	3	2	1	0	0	0	8
	Maule	5	5	0	8	8	0	1	0	0	27
	Biobío	17	4	4	11	4	1	0	0	1	42
	Araucanía	2	0	0	14	2	0	0	0	0	18
	Los Ríos	1	0	0	8	0	0	0	0	0	9
	Los lagos	5	1	1	10	2	0	0	0	0	19
	Aysén	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	Magallanes	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Total		67	25	10	93	31	9	1	3	1	240

Fuente: Elaboración propia Policía de Investigaciones de Chile, 2018

El perfil de usuario con mayor incidencia corresponde al de mediana complejidad equivalente a 93 respuestas de los encargados de centros residenciales correspondiendo al 38.7% del universo de centros a nivel nacional, distribuidos mayoritariamente en las regiones de Valparaíso (17), Metropolitana (16), Biobío (11) y la Araucanía (14). En segundo lugar, se observa como respuestas mayoritarias el perfil de usuario correspondiente a alta complejidad (67), lo que representa el 27.9%, a nivel nacional. Las regiones de Valparaíso (11), Metropolitana (09) y Biobío (17), es donde se encuentra concentrada mayoritariamente esta noción de perfil de ingreso.



Residentes sobre-institucionalizados

De acuerdo a los resultados obtenidos, se estableció que existen 2603 residentes que presentan una estadía mayor a los dos años lo que equivale al 42.8% de la población nacional de residentes (excluyen la población CIP-CRC [757; n=6087]). Esta población se encuentra distribuida en 176 centros (73.3% de los centros cuentan con población sobreinstitucionalizada). De ellos se estableció que, en los organismos colaboradores acreditados, existe un total de 2463 residentes con más de 2 años de estadía (40.5% [n=6087]), por su parte, los centros de administración directa presentan 140 residentes en tal condición (27.7% [n=504]). Al realizar un análisis de esta sobreinstitucionalización restando aquellos residentes con más de dos años de estadía al interior de centros para población discapacitada (998), se obtuvo una nueva cifra de población residentes con sobreinstitucionalización correspondiente a 1605 casos, lo cual representa el 23.4% del total de los residentes establecidos.

En centros que atienden población lactante se estableció que 100 residentes presentan una sobreinstitucionalización (15.1% [n=659 residentes establecidos]), en tanto que, aquellos centros dedicados al cuidado de niños con discapacidad, 998 de sus residentes presentan sobreinstitucionalización (89.1% [n=1119]). Al realizar un análisis del comportamiento geográfico se presentan algunas regiones que presentan una mayor sobreinstitucionalización, las cuales corresponden a la Región del Libertador Bernardo O'Higgins (145 casos [58.7%]), Región Metropolitana (1088 [49.4%]), Región del Biobío (385 [40.8%]) y Araucanía (193 [39.9%]).

Al respecto cabe hacer presente que esta sobre-institucionalización fue considerada conforme al doble del plazo sugerido por Sename en las orientaciones técnicas (un año)[27], además, se consideró únicamente la institucionalización del NNA y/o adulto respecto del centro actual de residencia, sin considerar, que un porcentaje no determinado en la presente investigación proviene de otras residencias u otros programas de intervención, por lo que el número de casos con sobreinstitucionalización podría ser significativamente mayor al considerar tal variable. Estos lineamientos de intervención contravienen las orientaciones técnicas dispuestas por Sename para los centros residenciales, donde se indica que en consideración al interés superior de los niños/as y adolescentes, y a su derecho a vivir en una familia estable y protectora, la estadía residencial no debiese extenderse por un periodo superior a 12 meses (1 año).

[27] Al respecto cabe señalar que, si bien es cierto, las orientaciones técnicas para las distintas modalidades señalan que "*la permanencia en los centros residenciales debe ser por el menor tiempo posible*"; y, que, "*técnicamente no es conveniente prolongar la permanencia por más de un año*", este plazo puede tener alguna flexibilidad "*en virtud a los criterios técnicos y pronóstico de egreso*". Sin embargo, se instruye de manera explícita a que el equipo a cargo de la intervención residencial realizase cabalmente los procesos de intervención para la consecución de objetivos propuestos, de forma de superar y resolver la grave vulneración que determinó la medida de internación.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



Por otra parte, respecto a la primera infancia, existen en el territorio nacional 100 niños y niñas menores de 6 años, con una estadía residencial superior a 2 años. Este tiempo de permanencia contraviene las orientaciones técnicas dispuestas por Sename para tal modalidad residencial donde se indica que, en consideración al interés superior de los/as niños/as y a su derecho a vivir en una familia estable y protectora, la estadía concreta del niño/a en acogimiento residencial no debiese extenderse por un periodo superior a seis meses.

Permanencia de adultos como residentes (mayores de 18 años)

Al analizar el número de población adulta en calidad de residente, presentes en las distintas residencias y CIP-CRC a lo largo del país se estableció que existen 1135 residentes mayores de edad (16.6% [n=6844]). Esta población se concentra en centros que atiende a población discapacitada (740 residentes [65.2% de total los adultos]), en CIP-CRC (225 [19.8%]) y en centros que operan bajo la modalidad adolescente (152 [13.3%]) (ver Figura 2). Al desagregar esta cifra por regiones, se estableció que existe una mayor población en las regiones Libertador Bernardo O'Higgins (125 [50.6% respecto de los residentes establecidos en la región]), Metropolitana (673 [30.59% respecto de los residentes establecidos en la región]) y Arica y Parinacota (21 [24.7% respecto de los residentes establecidos en la región]).

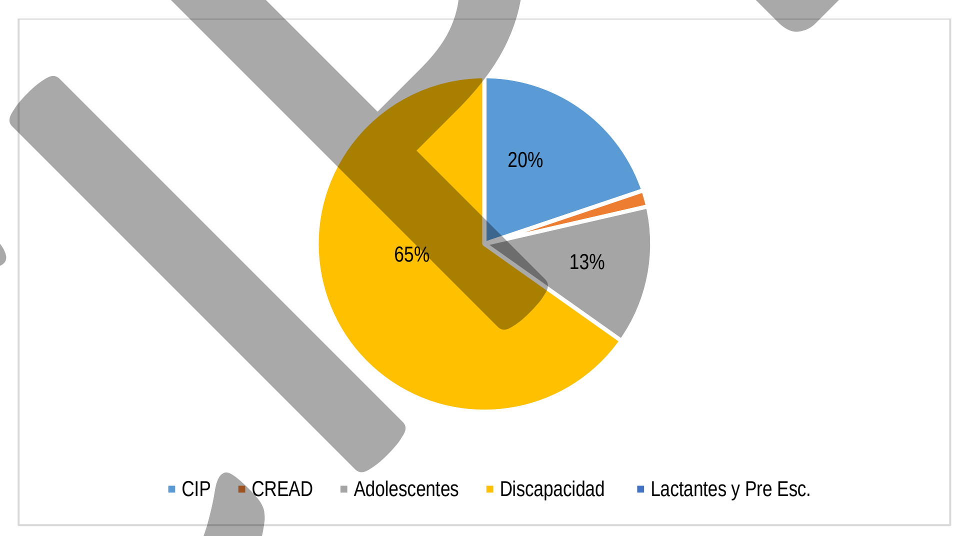


Figura 4. Distribución porcentual de residentes mayores de 18 años

Del total de las regiones existentes en el país (240 centros visitados a nivel nacional), se estableció que en el 44.5% centros existen residentes adultos como parte de la población, quienes comparten espacios comunes con la población de NNA. Entre las regiones donde existen mayor cantidad de centros con residentes mayores de 18 años se encuentran en la Región Metropolitana (23), Biobío (17), Valparaíso (13), y La Araucanía (12). Estos 65 centros

CIPER

representan el 60.7% de las residencias que mantiene población fuera de perfil etario (Ver tabla N° 16). Cabe hacer presente que, de estos centros, 20 corresponden a centros de administración directa (19%) y 87 centros corresponden a centros pertenecientes a organismos colaboradores (81%). En términos de población, cabe señalar que los 20 centros de administración directa albergan 243 adultos (21.4% de la población adulta) y los 87 centros que corresponden a organismos colaboradores se estableció una población adulta de 892 residentes (78.6% de la población adulta).

De acuerdo a los resultados, la edad promedio estimativa de los residentes del territorio nacional (considerando solo aquellos centros cuya orientación técnica establece una edad máxima de 17 años 11 meses y 29 días excluyendo los centros CIP-CRC y de residenciales con usuarios en situación de discapacidad) alcanza los 19.5 años, siendo las regiones de Coquimbo, Valparaíso y Biobío las que presentan la edad máxima (26 años en su población adulta).

Por otra parte, al considerar la totalidad de las modalidades, se estableció un promedio de edad mayor, en tanto el rango etario se extiende hasta los 83 años, identificando 4 regiones que presentan población adulta sobre los 50 años. Al incorporar aquellos centros que atienden residentes con discapacidad, se aprecia un aumento significativo de adultos mayores (específicamente en la Región Metropolitana y del Libertador Bernardo O´Higgins).

Tabla 16

Centros con población adulta distribuidos por región

		CENTROS CON RESIDENTES ADULTOS		Total
		SI	NO	
REGION	Arica y Parinacota	3	0	3
	Tarapacá	3	2	5
	Antofagasta	2	5	7
	Atacama	4	2	6
	Coquimbo	2	9	11
	Valparaíso	13	22	35
	Metropolitana	23	22	45
	L. B. O´Higgins	3	5	8
	Maule	9	18	27
	Biobío	17	25	42
	Araucanía	12	6	18
	Los Ríos	5	4	9
	Los lagos	8	11	19
	Aysén	1	1	2
	Magallanes	2	1	3
Total		107	133	240

Fuente: Elaboración propia Policía de Investigaciones de Chile, 2018

CIPER



Área Salud

Residentes con perfil clínico

Se realizó un catastro a nivel nacional de todos los residentes de los centros de protección que presentaban alguna patología, distribuyéndolos por región de acuerdo a la tabla N° 17, donde se especifican las diversas patologías levantadas (enfermedades psiquiátricas, médicas, enfermedades médicas crónicas, discapacidad y residentes bajo posible riesgo vital [presencia de enfermedades terminales]). En tal aspecto, un primer acercamiento a la muestra arroja que 230 centros mantienen al menos un residente con alguna patología, por lo que es posible afirmar que un 95.8% de los centros cuenta con algún residente con perfil clínico.

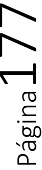
Tabla 17
Resumen de situación médica de residentes por región

		SITUACIÓN MÉDICA				
		RESIDENTES CON DIAG. PSIQUIÁTRICO	RESIDENTES CON DIAG. MÉDICO	RESIDENTES CON ENFERM. CRÓNICA	RESIDENTES CON DISCAPACIDAD	RESIDENTES EN RIESGO VITAL
REGIÓN	Arica y Parinacota	47	5	2	0	0
	Tarapacá	54	16	3	0	0
	Antofagasta	33	5	0	0	0
	Atacama	30	1	2	0	0
	Coquimbo	52	6	3	2	0
	Valparaíso	289	116	102	116	1
	Metropolitana	1076	389	662	786	15
	L. B. O´Higgins	75	155	1	141	3
	Maule	204	69	29	74	5
	Biobío	345	50	52	115	4
	Araucanía	131	92	55	74	0
	Los Ríos	41	7	0	1	0
	Los lagos	165	55	40	49	0
	Aysén	0	2	0	0	0
	Magallanes	12	2	2	0	0
Total		2554	970	953	1358	28

Fuente: Elaboración propia Policía de Investigaciones de Chile, 2018

Residentes con patologías psiquiátricas

Se estableció que existen 2554 residentes diagnosticados con alguna patología psiquiátrica, equivalente al 37.3% de la población total de residentes en país. La mayoría de estos se concentran en centros pertenecientes a organismos colaboradores destinados a la atención de población adolescente, los que acumulan el 48.5% de residentes con esta patología (1239 [n=2554]). Cabe hacer presente que esta cifra -1239- representa el 33.5% del total de residentes existentes en centros que funcionan bajo esta modalidad de atención residencial. Los CIP-CRC, por su parte, acumulan 450 residentes con esta patología, lo que corresponde al 17.6% nacional de residentes con esta patología; y, el 59.4% de la población interna en este tipo de centros (450 [n=757]). En cuanto a la presencia de patologías psiquiátricas en residencias



CIPER



que funcionan bajo la modalidad de atención especializada a población en condición de discapacidad, se establecieron 465 casos (18.2% nacional de residentes con esta patología), lo que representa, a su vez, el 41.6% de la población residente en centros de atención a discapacitados (n=1119). Finalmente los CREAD, mantienen 358 residentes con este tipo de patologías (14% nacional de residentes con esta patología), lo que significa que el 67% de los residentes existentes en el CREAD, a nivel nacional, presenta algún diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto a las regiones con el mayor número de residentes con perfil psiquiátrico dentro de su territorio, se estableció un porcentaje significativamente elevado de casos en las regiones Metropolitana (1076 [48.8% de la población regional]), Biobío (345 [36.5% de la población regional]), Valparaíso (289 [30.2% de la población regional]) y Maule (204 [34.8% de la población regional]). Cabe hacer presente, que existen regiones que, concentrando un número menor de residentes con patologías -en comparación al total nacional- presentan un porcentaje mayor de residentes en esta condición cuando se considera el número de residentes a nivel regional. En el caso de Magallanes, por ejemplo, un 63% de los residentes presenta alguna patología psiquiátrica (12 residentes de un total de 19 existentes en la región) y en la Región de Arica y Parinacota existen 47 casos con patologías de esta naturaleza de un total de 85 residentes a nivel regional (55.3%).

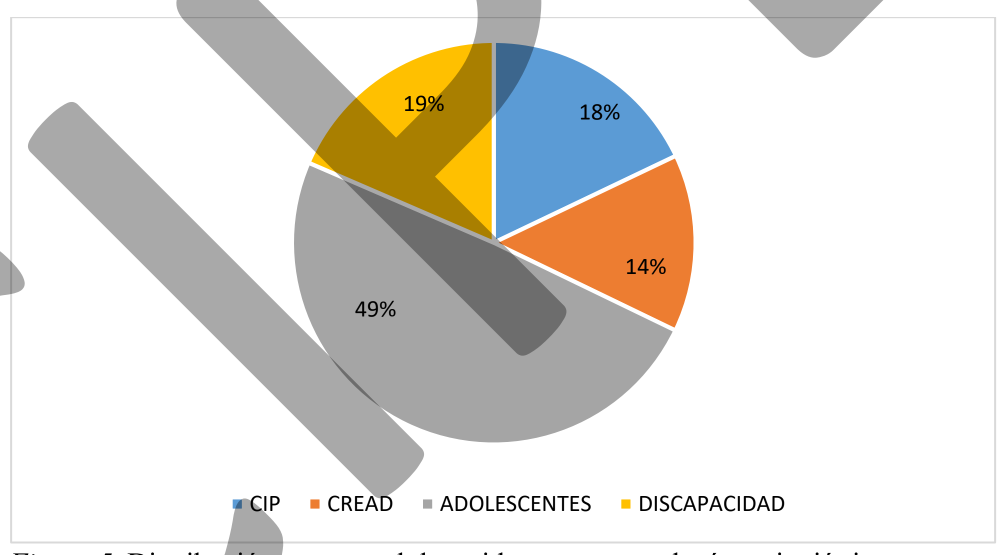


Figura 5. Distribución porcentual de residentes con patologías psiquiátricas.

Cabe hacer presente que del total de residentes con patologías psiquiátricas, un 31.6% reside en centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), en tanto que, el porcentaje restante se encuentra en centros dependientes de organismos colaboradores (68.4% [1746]). Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 85.8% de los centros; de esta forma, 206 de los 240 centros, cuentan con -a lo menos- un residente con algún diagnóstico psiquiátrico.

Residentes con patologías médicas

Existen 970 residentes diagnosticados con alguna patología médica entre la población total de residentes a nivel nacional, lo que equivale al 14.2% (n=6844). La mayoría de los residentes con diagnóstico médico se concentran en centros para la atención de población con discapacidad. Los hallazgos dan cuentan que este tipo de centros cubre el 53% de la población con patología médica a nivel nacional (514 residentes). Un segundo grupo se acumula en centros colaboradores dedicados a la atención de adolescentes, donde se concentra un 27% de los residentes con algún diagnóstico médico (262 casos). Con relación a los CREAD se identificaron 83 casos (8.6%); y, para los CIP-CRC, en tanto, se confirmaron 31 casos (3.2%). Por su parte, los centros con atención a población lactante reúnen 80 casos (8.2%).

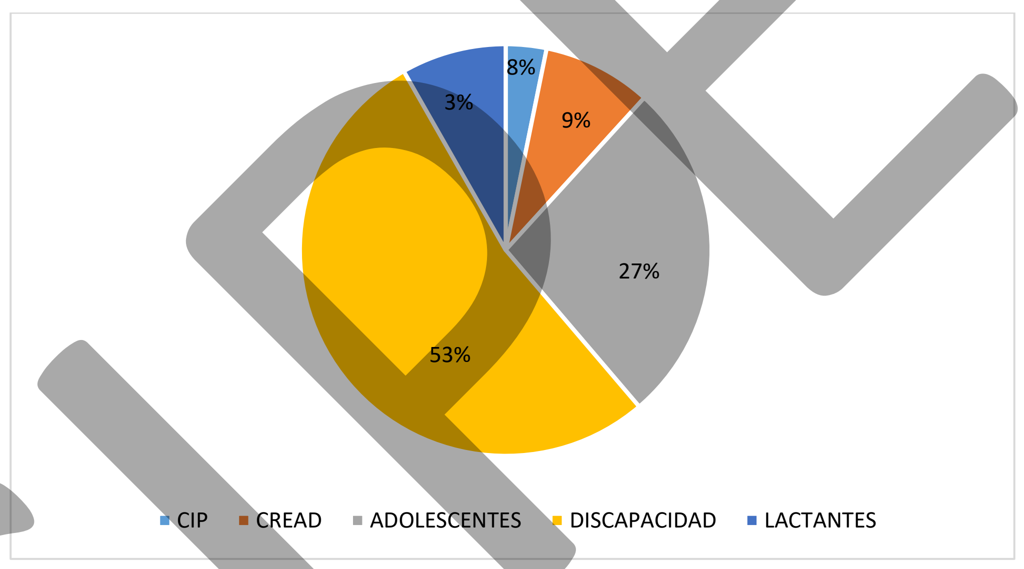


Figura 6. Distribución porcentual de residentes con patologías médicas

Otro aspecto analizado fue la distribución de casos a nivel nacional. Los resultados arrojaron la existencia de una alta concentración en la Regiones Metropolitana (40.1% de la población con patología médica a nivel nacional), Libertador Bernardo O'Higgins (16%) y Valparaíso (12%). Al realizar un análisis de los valores regionales, los 155 casos levantados en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins representan el 62.8% de los residentes de la región (n=247), la Araucanía en tanto, presenta un 19% de residentes con esta situación de salud (92 [n=484]) y la Región Metropolitana registra un 17.7% de su población con alguna afección médica (389 [n=2213]).

Cabe hacer presente que del total de residentes con patologías médicas, un 11.8% (114) reside en centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), en tanto que el porcentaje restante lo hace en centros dependientes de organismos colaboradores acreditados (8.2% [856]).

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 52.5% de los centros. De esta forma, 126 de las 240 residencias cuentan con residentes con alguna patología médica diagnosticada.

Residentes con patologías médicas crónicas

Existen 953 residentes que presentan patologías médicas en condición crónica, lo que equivale al 13.9% de la población de residentes establecidos (n=6844). El 75% de los residentes con enfermedades crónicas se concentra en residencias para la atención de población con discapacidad (715 residentes con esta condición médica crónica). Un segundo grupo, se puede identificar en centros colaboradores que atienden a población adolescente, los que acumulan un 13.5% de las patologías médicas en condición crónica a nivel nacional (129 casos). En los CREAD, en tanto, se identificaron 56 casos (5.9%), 9 casos en los CIP-CRC (0.9%) y 44 casos en los centros que atienden a población lactante y preescolar (4.6%).

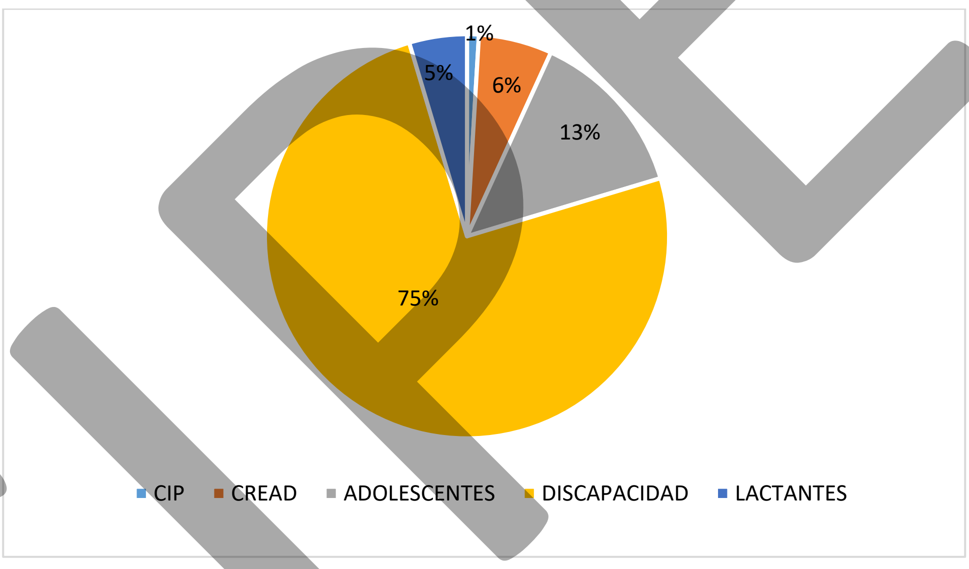


Figura 7. Distribución porcentual de residentes con patologías médicas crónicas.

Este porcentaje de patologías en condición crónica se encuentra concentrado en la Región Metropolitana (69.5% de la población con patología crónica a nivel nacional) y Valparaíso (10.7% de la población con patología crónica a nivel nacional]). Al realizar un análisis de los valores a nivel intra-regional, se desprende que los 662 casos levantados en la Región Metropolitana representan el 30% de los residentes de esa región (n=2203), le sigue la Araucanía donde se registra el segundo mayor porcentaje de residentes dentro de la región con esta condición médica (55 casos [11.4%]).

Cabe hacer presente que del total de residentes con patologías crónicas, un 6.8% (65) reside en centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), en tanto que el porcentaje restante lo hace en centros dependientes de organismos colaboradores (93.2% [888]). Por otra

CIPER



parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 44.1% de los centros; de esta forma, 106 de los 240 centros cuentan con residentes con alguna enfermedad en condición crónica.

Residentes en estado terminal y/o en eventual riesgo vital[28].

Existen 28 residentes a nivel nacional en condición médica de alta complejidad, cifra que corresponde al 0.4% de la población de residentes establecidos. Estos se concentran en centros que funcionan para la atención de población con discapacidad (20 casos [71.4%), seguido de los CREAD, los que agrupan 4 casos (14.3%); y, principalmente en la Región Metropolitana (53.6%). Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes en esta situación clínica, se encuentra distribuida en 9 centros (3.9% del total de centros a nivel nacional), uno de ellos de administración directa y el resto pertenecientes a organismos colaboradores.

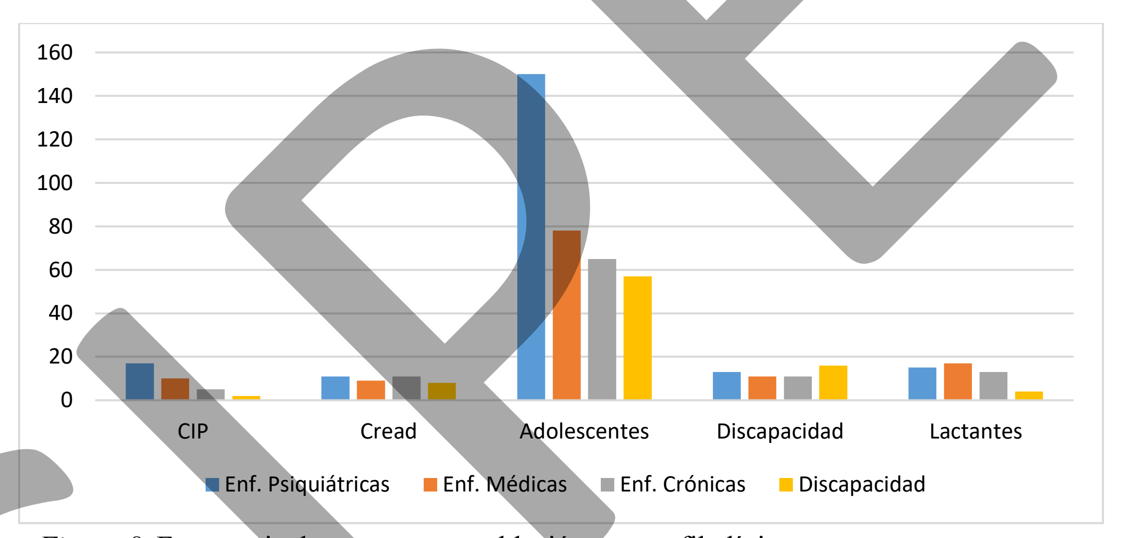


Figura 8. Frecuencia de centros con población con perfil clínico

28 Atendiendo a la sensibilidad de los antecedentes recopilados, se confeccionó informe policial Nro. 55 de fecha 28.MAY.018 de la Fuerza de Tarea dando cuenta de tal situación a la Fiscalía Regional de Los lagos. En virtud a ello, la fiscalía despachó el oficio N° 582/2018 de fecha 29.MAY.018 solicitando la concurrencia por parte de la PDI a los centros en cuales se informó la existencia de casos críticos. En cumplimiento de esta diligencia se obtuvo información respecto de otros casos de gravedad, informando la identidad y situación de 40 residentes con alta complejidad médica y posible riesgo vital (residentes en 9 centros [8 de instituciones colaboradoras y uno de Administración Directa]) la que fue incluida -en detalle- en el informe remitido al Ministerio Público, entidad que, a su vez, retransmitió la información en forma inmediata al Ministerio de Justicia, al Servicio Nacional de Menores y al Ministerio de Salud, para que "*se adoptaran todas las medidas posibles para salvaguardar la integridad de los residentes en riesgo vital*".

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Residentes bajo condición especial de salud.

Conforme a los antecedentes levantados, se estableció que un 19.8% de la población de residentes presenta algún grado de discapacidad. La mayoría de estos residentes se concentran en centros para la atención especializada de población con discapacidad, los cuales albergan el 76.6% de la población de residentes con este perfil (1040 casos). Un segundo grupo, se puede identificar en centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados que atienden a población adolescente (15.5% de los residentes con esta condición médica). En los CREAD, en tanto, se identificaron 98 casos (7.2%), 4 casos en los CIP-CRC (0.3%) y 6 casos en los centros con atención a población lactante (0.4%).

De la totalidad de residentes con discapacidad, se estableció una concentración mayor en las regiones Metropolitana (57.9%), Libertador Bernardo O'Higgins (10.4%), Valparaíso (8.5%) y Biobío (8.5%). Al realizar un análisis intraregional de los casos registrados, es posible señalar que el 57.1% de los residentes de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins presenta algún grado de discapacidad, le sigue la Región Metropolitana con un 35.7% y la Región de la Araucanía con 74 casos dentro de la región (15.3%).

Cabe hacer presente que del total de residentes con este perfil clínico, un 7.5% habita centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), en tanto que el porcentaje restante lo hace en centros dependientes de organismos colaboradores acreditados (92.5% [1256 casos]). Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 35.4% de los centros. De esta forma, 85 de los 240 centros cuentan con residentes con algún grado de discapacidad diagnosticada.

Por otra parte, respecto del cuidado de los residentes con perfil clínico, cabe hacer presente que, conforme se señala en párrafos siguientes, un porcentaje significativo de centros no cuenta con el personal profesional para el cuidado especializado permanente de esta población en particular, contraviniendo lo indicado en las orientaciones técnicas para cada modalidad residencial; en tanto, aun cuando, residentes con este perfil clínico sean admitidos e ingresados al sistema proteccional, el centro tiene la obligación de implementar las condiciones para su debido cuidado y atención.

CIPER

CIPER

Aspectos Funcionales de las Residencias

Protocolos de funcionamiento requeridos por Sename

A partir del proceso de levantamiento de información, se estableció el 44.5% de los centros no cumplen con los protocolos mínimos exigidos por Sename para el funcionamiento residencial. Estos 107 centros pertenecen a organismos colaboradores. En consecuencia, es posible afirmar que el 50.7% de los centros pertenecientes a Organismos Colaboradores Acreditados no cumple con los requisítos mínimos exgidos por el Sename para su funcionamiento. Al analizar el cumplimiento mínimo de protocolos por el tipo de institución se estableció que el 100% de los centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC) cumplen con este requerimiento. Por otra parte, al analizar las regiones cuyos centros incumplen con la existencia de protocolos mínimos para su funcionamiento se estableció que, en la región de la Araucanía, el 83.3% de los centros no cumple con esta formalidad (15 residencias), en Los Lagos, por su parte el 78.9% no cumple con los protocolos mínimos para su funcionamiento (15 residencias) y, en Los Ríos, en tanto, el 77.8% de los centros incumple esta disposición (7 residencias).

Respecto del incumplimiento de esta formalidad desglosado por modalidad residencial, se estableció que 14 de las 32 residencias bajo la modalidad de atención para población lactante no cumple con los protocolos mínimos para su funcionamiento (43.7%), por otra parte, 8 de los 16 centros que brindan atención a población discapacitada tampoco cumplen con este requisito mínimo de funcionamiento (50%).

Al revisar la existencia de algunos protocolos establecidos como prioritarios por el equipo investigador dado el contexto en el cual se genera el presente informe[29], se estableció que el 72.9% de los centros a nivel nacional no cuenta con protocolos de manejo y prevención de conductas suicidas. En ellos se destaca que 65, de los 89 centros que funcionan bajo la modalidad REM-PER, no cuentan con este protocolo (37% del total de centros que no cumple con este protocolo), seguido de RPM-PER (25.1%). Los CREAD, en tanto, 7 de 11 centros no cuentan con esta formalidad (63.6%). Por otra parte, el 66.3% de los centros a nivel nacional no cuenta con protocolos de alimentación. De los centros de atención para lactantes, 21 no cuentan con este protocolo (65.6%); y en centros para discapacitados 11 de 16 no cumplen con esta

[29] Cabe hacer presente que, conforme a la experiencia adquirida en el contexto de la investigación de los fallecimientos de niños, niñas y/o adolescentes ocurridos bajo la tutela del Estado, mientras dependían de los centros de reparación especializada de administración directa y/o de los organismos colaboradores acreditados, se consideró -en virtud a su relevancia dentro del contexto investigativo- un total de 6 protocolos considerados esenciales para el funcionamiento residencial, en tanto, constituirían una guía mínima de abordaje operacional frente a situaciones críticas a las cuales se encuentra expuesto el personal de las residencias, respecto de las cuales existe estrecha relación con las condiciones de seguridad, protección e integridad de los NNA al interior de los centros. Tales protocolos corresponden a: protocolo de contención y sujeción, protocolo de fallecimientos, protocolo de administración de medicamentos, protocolo de alimentación, protocolo de prevención de conductas suicidas y protocolo de manejo de enfermedades complejas.



formalidad para su funcionamiento. El 76.7% del total de las residencias a nivel nacional, no cuenta con un protocolo de sujeción y/o contención física frente a desajustes conductuales (CREAD [63.6%], REM-PER [78.6%], RPM-PER [77.9%]). El 72.1% de los centros no cuenta con un protocolo de fallecimiento (CREAD [72.7%], CIP-CRC [55.5%], RPM-PER [81.3%], residencias para lactantes y prescolares [71.8%]). En cuanto a protocolos de administración de medicamentos se estableció que un 8.3% de centros no contaba con esta formalidad (20 centros).

Por otra parte, los hallazgos dan cuenta que, pese a que los protocolos son comunicados en reuniones informativas, en el 70% de los centros (169 residencias) no existe un acta o mecanismo formal de notificación firmado por los funcionarios del centro, lo que no permite asegurar el cabal conocimiento de las actuaciones dispuestas en cada uno de los documentos que regulan la actuación de los funcionarios de las residencias.

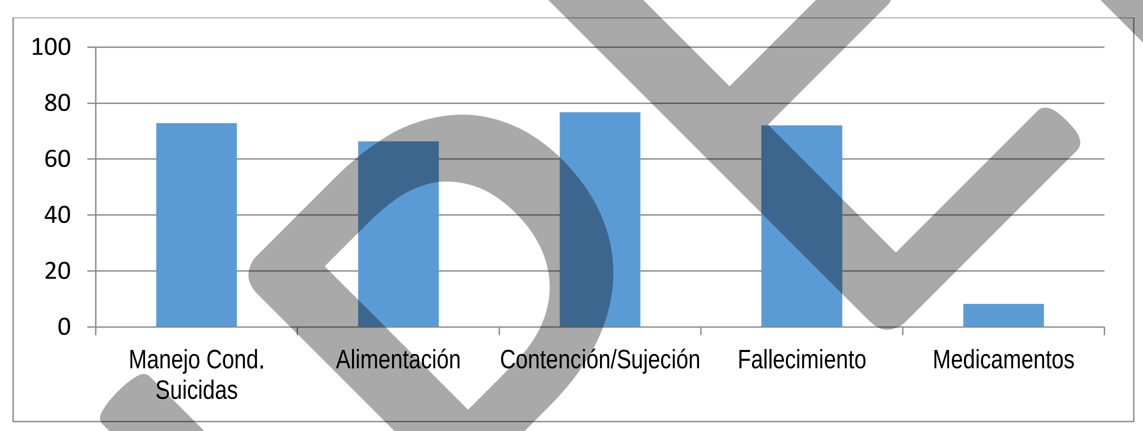


Figura 9. Porcentaje de centros sin protocolos específicos de atención residencial

Deserciones, fugas y/o abandonos del sistema por parte de residentes

Las situaciones de deserción y abandono, de acuerdo a lo reportado por los funcionarios de las residencias, se originan por una dificultad de adaptación al regimen residencial por parte de los NNA, implicando la negativa de estos de retornar al centro después de alguna salida, o realizando una salida no autorizada por los cuidadores, situación que puede darse en algunos casos con relativa cronicidad.

Lo anterior debiese implicar el desarrollo de diversas estrategias por parte de los equipos de intervención en las residencias, a fin de prevenir las situaciones de deserción, identificando los motivos y cronicidad de los mismos, encontrándose estos contemplados en el punto N° 21.4 de la definición de estándares mínimos para el funcionamiento de las residencias:

> Se realizan acciones de intervención como equipo de constituirse las ausencias sin autorización o la tardanza en regresar a la residencia en conductas habituales. Ello incluye la entrega de clara información acerca de horarios y rutinas del establecimiento, la adopción de un programa de apoyo al niño/a con la entrega consistente de refuerzos sociales, definición de compromisos (Sename, 2012 [p. 20]).

CIPER



De esta forma, luego de producido el abandono, los funcionarios del centro deben comunicar el presunto extravío del NNA en Carabineros de Chile así como las posibles circunstancias que motivaron el mismo, quedando registro de todas las acciones emprendidas.

De acuerdo al periodo contemplado en la siguiente investigación, se estableció que del total de las residencias que operan bajo la línea proteccional (CREAD y OCA), 151 de ellas (62.9%) ha registrado casos de residentes que han abandonado el sistema (deserciones y/o abandonos). Este porcentaje aumenta al 76.2% cuando se excluye del total a aquellos centros dedicados al cuidado de población lactante (32 centros) y al cuidado de población discapacitada (10 centros) cuyo perfil de los residentes hace improbable que se registre este tipo de situaciones.

Por otra parte, al desglosar esta variable por el tipo de administración institucional, se estableció que el 90.9% de los CREAD ha presentado abandonos del sistema por parte de sus residentes (10 de 11 [cabe hacer presente que el CREAD que no presenta deserciones, corresponde a un centro cuyo perfil de residentes se encuentra en el grupo etario que va desde los 0 a los 6 años, situación que permite explicar la ausencia de deserciones en dicho centro]). Con relación a los centros pertenecientes a organismos colaboradores, se estableció que el 63.5% de ellos, ha registrado abandonos del sistema por parte de residentes, porcentaje que aumenta al 79.2% si se excluyen aquellos centros cuyo perfil de residentes hace poco probable que se registre un evento de esta naturaleza (residencias con atención a población lactante y residentes con discapacidad).

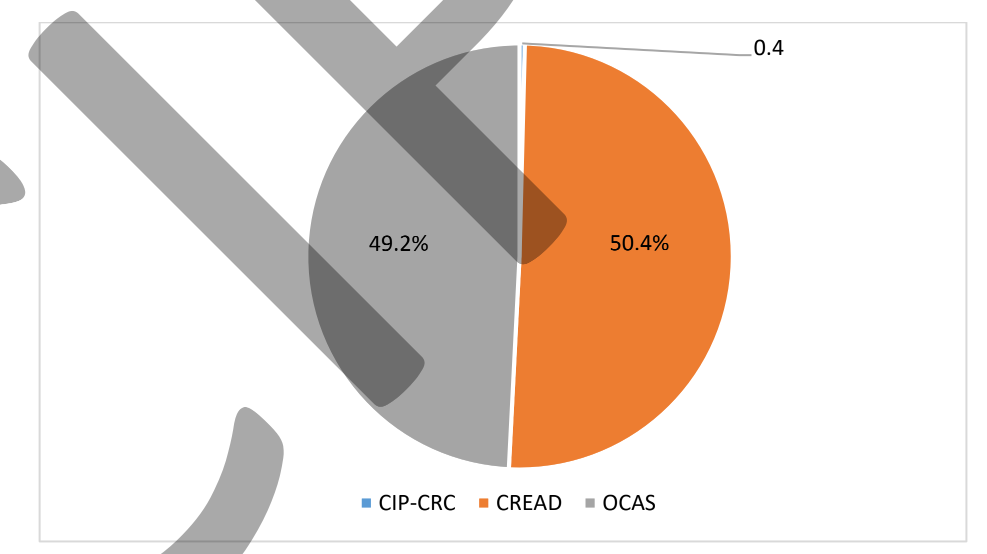
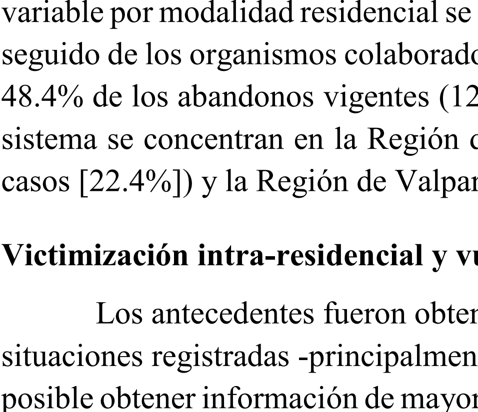


Figura 10. Distribución porcentual de deserciones y abandonos del sistema residencial

En este mismo sentido se estableció que, al momento de realizar el trabajo de campo, 68 centros presentaban situaciones de abandono del sistema residencial vigente por parte de alguno de sus residentes, encontrándose un total de 250 NNA en esta situación, ya sea por fuga del centro o por no haber regresado luego de una salida autorizada o rutinaria. Estos corresponden

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



en un 50.8% (127 NNA) a centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) y un 49.2% (123 NNA) corresponde a centros pertenecientes a organismos colaboradores. Al analizar esta variable por modalidad residencial se estableció que el 50.4% (126) se concentra en los CREAD, seguido de los organismos colaboradores dedicados al cuidado de población adolescente con un 48.4% de los abandonos vigentes (121 casos). Los porcentajes de mayor deserción vigente del sistema se concentran en la Región del Biobío (67 casos [26.8%]), Región Metropolitana (56 casos [22.4%]) y la Región de Valparaíso (43 casos [17.2%]).

Victimización intra-residencial y vulneración de derechos

Los antecedentes fueron obtenidos de declaraciones y registros[30] que hacen referencia a situaciones registradas -principalmente- durante el año 2017. No obstante, en los casos que fue posible obtener información de mayor data esta se recogió e informó en la pauta que corresponde a cada centro, consignando el año de ocurrencia del tal hecho. Esta diferencia en el levantamiento de información se generó, principalmente, porque los directores de los centros -en su mayoría- manifestaron no contar con información de años anteriores. En base a lo anterior, se logró establecer que, en el 88.3% de las residencias se ha registrado algún tipo de vulneración grave contra los derechos de los NNA durante su estadía residencial. Lo cual corresponde a 2 mil 71 vulneraciones (ocurridas en gran parte durante el año 2017), de ellas corresponde a 432 maltratos por parte de adultos del centro (20.8%), 1265 maltratos entre pares (61.4%), 53 registros de maltrato por familiares del NNA (2.6%), 123 actos de connotación sexual cometidos por un adulto contra los residentes (6%) y 187 actos abusivos de connotación sexual cometido por pares (9.1%).

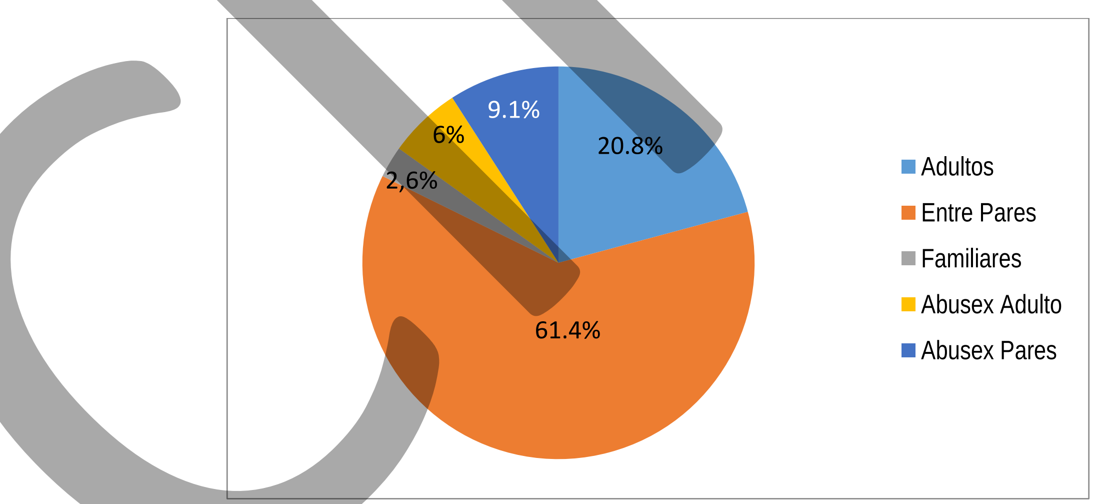


Figura 11. Distribución porcentual de victimización por tipo de maltrato

[30] Información obtenida de las propias residencias, correspondiente a registros de circulares 2308/2309 y declaraciones al personal, contrastada con la base de datos del Ministerio Público y las denuncias informadas por el INDH.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



Respecto de la distribución de vulneraciones por modalidad residencial, se estableció que existen algunos tipos de victimizavión que se concentran mayormente en una modalidad residencial determinada. De esta forma, un número significativo de maltratos por parte de adultos del centro se concentra en las modalidades CIP-CRC (127 [29.4% de los maltratos]), CREAD (105 [24.3% de los maltratos]) y centros que atienden a población adolescentes (137 [31.7%]). En este mismo aspecto se estableció que los maltratos entre pares se concentran en las modalidades CIP-CRC (813 [64.3%]) y CREAD (170 [13.4%]). Es decir, los centros de administración directa acumulan el 79.7% de los maltratos entre pares registrados a nivel nacional. Además, se levantó información respecto de 53 hechos de maltratos por parte de familiares hacia los residentes (durante el periodo de estadía en el centro del NNA), los que se concentran mayoritariamente en los centros colaboradores que albergan población adolescente (73.6%). Por otra parte, se reportó información de 123 actos abusivos de connotación sexual cometidos por adultos (intra/extra residencial), 92 de los cuales afectan a residentes de centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados que funcionan bajo la modalidad de atención a población adolescente (74.8%); y, por otra parte, 21 casos afectaron a residentes de CREAD (17%). En este mismo aspecto, se reportó 187 actos abusivos de connotación sexual cometido por pares (intra-residencial) lo cuales se concentran mayoritariamente en centros de atención a población adolescente pertenecientes a organismos colaboradores (62%), seguido de los CREAD y CIP-CRC que acumulan el 29.9%.

De esta forma, los resultados dan cuenta que en el 80.4% del total de las residencias que funcionan bajo la línea de acción de Sename se han registrado situaciones de maltrato intra-residencial; y, en el 58.3% de los centros, las situaciones de maltrato fueron ejecutadas por parte de los mismos trabajadores encargados del cuidado de los residentes. Este porcentaje aumenta cuando se disgrega entre organismos colaboradores y centros de administración directa. En tal sentido, a partir de la información levantada y reportada por los mismos encargados de las residencias, es posible afirmar que en el 100% de los centros que administra el Estado, a través del Servicio Nacional de Menores, se han cometido -de manera permanente y sistemática- acciones que lesionan los derechos de los niños, niñas y adolescentes dependientes de tales centros. Igual porcentaje se obtiene, respecto de las circunstancias y contexto abusivo en el cual se ha llevado a cabo tal transgresión, en tanto, en el 100% de los centros de administración directa, esta vulneración de derechos responde a maltratos de naturaleza intra-residencial, siendo los propios funcionarios, en su mayoría bajo la figura del ETD, quienes han sido acusados por los residentes como autores de tales apremios. Por otra parte, se evidenció que en el 50% de los centros se ha victimizado a algún residente vulnerando su indemnidad sexual, sea por un adulto externo a la residencia, por un trabajador del centro o por los propios pares, compañeros de la residencia.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER



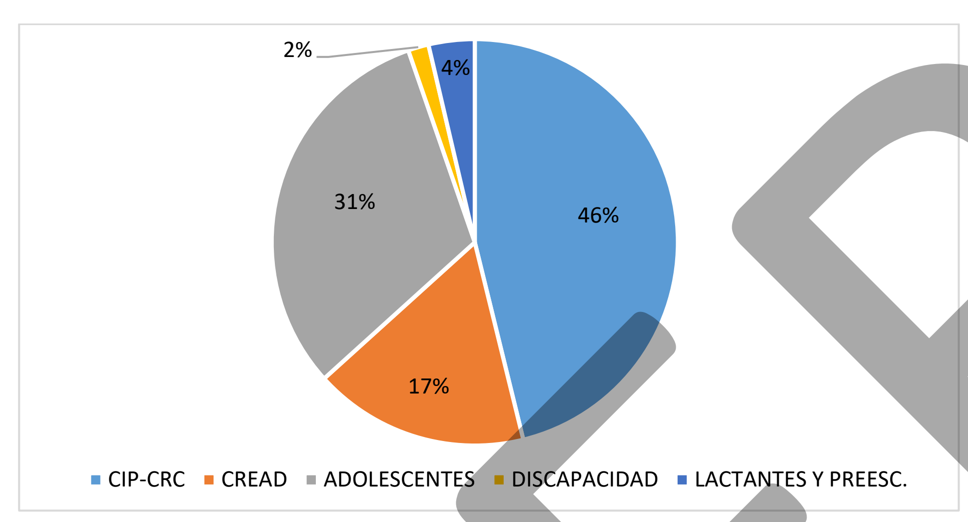


Figura 12. Distribución porcentual de victimización por modalidad residencial

Estas acciones de vulneración de derechos contra los NNA se han instalado dentro de la dinámica de funcionamiento propia de los centros, contraviniendo lo señalado en los "Estándares mínimos de calidad para la atención residencial" Creado por Sename, en el que se especifica en el Resultado esperado N° 23:

> Etapa del proceso: Refuerzo conductual": - punto 23.7 "Ningún niño/a puede ser pellizcado, golpeado en ninguna forma, sacudido, atacado con objetos, mordido o dado de palmazos por quienes se desempeñan en el centro como forma de mantener disciplina. La separación puntual del grupo, supervisada por un adulto puede ser utilizada" y -punto 23.8 "No se permite el disciplinar a los niños/as con negación de alimentos, siestas forzadas, o con expresiones derogatorios de los niños/as o de sus familias, con el uso de lenguaje vulgar o profano, gritos o amenazas de castigo físico, negación de visitas de familiares u otras conductas que signifiquen vulneración de sus derechos básicos. (Sename, 2012 [p. 23])

El mismo documento especifica que "la intervención residencial debe cautelar la seguridad física y emocional de los niños/as atendidos y atender a sus necesidades integrales del desarrollo" (p. 4).

En lo que refiere a este ítem; y, en particular, a la posible identificación de hechos constitutivos de transgresión contra los derechos de los NNA, se estableció que en 88 residencias del total a nivel nacional, existe una diferencia estadística entre los eventos registrados (develaciones de NNA, sumarios, investigaciones internas, circulares [2308/2309]) y la cantidad de hechos que finalmente fueron denunciados. Dada la relevancia de la información, y ante la posible existencia de hechos constitutivos de delitos no denunciados, estos antecedentes fueron puestos en conocimiento de la fiscalía a objeto que el precitado organismo pueda realizar las gestiones investigativas que estime pertinentes para aclarar tales diferencias. En tal sentido, se levantaron los siguientes datos:

CIPER



- ***Región de Arica y Parinacota:*** 3 centros, 64 situaciones de posibles vulneraciones, 45 denuncias eventualmente efectuadas. (10 por abuso sexual, 9 reportados como denunciados).
- ***Región de Tarapacá***: 3 centros, 86 situaciones de posibles vulneraciones, 26 denuncias eventualmente efectuadas. (9 por abuso sexual todos ellos reportados como denunciados).
- ***Región de Antofagasta*:** 1 centro, 12 develaciones de malos tratos, 9 denuncias eventualmente efectuadas (7 por abuso sexual todos ellos reportados como denunciados).
- ***Región de Atacama***: 4 centros, 13 develaciones de malos tratos, 6 denuncias eventualmente efectuadas. (1 por abuso sexual eventualmente no denunciado).
- ***Región de Valparaíso***: 14 centros, 177 develaciones de malos tratos, 90 denuncias efectuadas. (32 por abuso sexual, 21 reportados como denunciados).
- ***Región Metropolitana***: 20 centros, 180 situaciones de posibles vulneraciones, 105 denuncias eventualmente efectuadas. (50 por abuso sexual, 28 reportados como denunciados).
- ***Región del Maule***: 18 centros, 224 situaciones de posibles vulneraciones, 122 denuncias eventualmente efectuadas (27 por abuso sexual, 22 reportados como denunciados).
- ***Región del Biobío***: 14 centros, 57 situaciones de posibles vulneraciones, 17 denuncias eventualmente efectuadas. (12 por abuso sexual, 7 reportados como denunciados).
- ***Región de La Araucanía***: 1 centro, 48 situaciones de posibles vulneraciones, 36 denuncias eventualmente efectuadas. (17 por abuso sexual, 14 reportados como denunciados).
- ***Región de Los Lagos***: 7 centros, 32 situaciones de posibles vulneraciones, 18 denuncias eventualmente efectuadas. (7 por abusos sexuales todos ellos reportados como denunciados).
- ***Región de Los Ríos***: 2 centros, 92 situaciones de posibles vulneraciones, 5 denuncias eventualmente efectuadas. (1 por abuso sexual reportado como denunciado).
- ***Región de Aysén***: 1 centro, 6 situaciones de posibles vulneraciones, 4 denuncias eventualmente efectuadas. (No indica abusos sexuales)

CIPER



Recursos Humanos

Personal comprometido y vigente[31]

Al analizar la cantidad de personal existente en los centros, se estableció la existencia de 8113 funcionarios, 5223 de ellos cumplen funciones en organismos colaboradores y 2890 en centros de administración directa (CIP-CRC). Al indagar sobre la distribución de personal, por modalidad residencial, se estableció que existen 1896 funcionarios en los CIP-CRC, 994 en CREAD, 3055 en residencias colaboradoras que albergan población adolescente, 1163 que trabajan en centros que atienden a población discapacitada y 1005 que trabaja en centros de atención a lactantes. Cabe hacer presente que el mínimo de funcionarios establecidos en un centro fueron 8 trabajadores (3 centros) y el máximo correspondió a 295 (1 centro), la moda se definió en 21 funcionarios (19 centros), dando cuenta que el promedio de funcionarios por centro corresponde 33 funcionarios.

Se observa que la cantidad de personal comprometido, considerando la totalidad de las residencias, corresponde a una población de trabajadores equivalente a 7957 funcionarios. No obstante, de la información levantada durante la investigación, se estableció la existencia de 8113 funcionarios cumpliendo alguna función dentro de los centros, lo que -en términos generales- supera en 1.96% la cantidad mínima de trabajadores comprometida a nivel nacional. En este punto, cabe hacer presente que el cumplimiento cuantitativo de los funcionarios comprometidos (total de personal que labora en un centro), no asegura el estándar profesional mínimo del personal para la atención residencial, en tanto, esta mínima cantidad de funcionarios, también debe responder a la obligación -para cada centro según su modalidad- de contar con personal que presente un perfil profesional específico en concordancia con las características de población que atiende tal centro en particular. Por ello, el cumplimiento cuantitativo de personal en cada residencia no asegura el estándar mínimo de calidad de atención residencial, puesto que, dependiendo de la modalidad residencial convenida es exigido -por el Sename- prestar una atención profesional focalizada a la población de usuarios para la cual se encuentra diseñada tal modalidad residencial. Así, al analizar la existencia de los perfiles profesionales requeridos para el funcionamiento residencial para las distintas modalidades se estableció que el 82.9% de los centros no cumple con el perfil profesional mínimo para su funcionamiento (199 residencias).

En este aspecto se estableció que 46 centros no cuentan con el personal mínimo para su funcionamiento (19.1%). Este porcentaje se desglosa en 31 residencias para adolescentes, 2 CIP-

[31] Cabe hacer presente que el concepto *personal comprometido* corresponde a la mínima cantidad de personal establecida en las bases técnicas de licitación para cada uno de los proyectos visitados; y, se determina en base a la proporción existente entre la población (sujetos de atención [definidos por las plazas del proyecto]) y el máximo de usuarios a ser atendido por cada persona contratada. En base a lo anterior, este ítem da cuenta del total de personal que trabaja en el centro; y, si este total (personal vigente [establecido por el oficial investigador que concurrió a cada centro]) responde a la cantidad convenida por la organización con el Servicio Nacional de Menores.

CIPER

CRC, 4 CREAD, 5 residencias para población con discapacidad, 4 residencias para población lactante y preescolar.

Tabla 18

Personal que labora en la residencia v/s personal comprometido

		PERSONAL		
		CONVENIDO	EFECTIVO	COBERTURA
REGIÓN	Arica y Parinacota	146	137	93.8%
	Tarapacá	173	169	97.6%
	Antofagasta	217	219	100.9%
	Atacama	172	173	100.5%
	Coquimbo	310	310	100.0%
	Valparaíso	1087	1074	98.8%
	Metropolitana	2415	2559	105.9%
	L. B. O´Higgins	342	335	97.9%
	Maule	579	566	97.7%
	Biobío	1218	1214	99.6%
	Araucanía	566	587	103.7%
	Los Ríos	193	194	100.5%
	Los lagos	355	394	110.9%
	Aysén	72	72	100.0%
	Magallanes	112	110	98.2%
Total		7957	8113	101.9%

Fuente: Elaboración propia Policía de Investigaciones de Chile, 2018

Perfil profesional

Al analizar el incumplimiento del perfil profesional requerido por modalidad, se estableció que 199 centros imcumplen esta disposición para su funcionamiento (82.9%). De ellos 11 corresponden a centros de administración directa (37.9% de los AADD [n=29]) y 188 a organismos colaboradores acreditados (89% de los OCA [n=211]). Por otra parte, an analizar este incumplimiento por modalidad residencial se estableció que 143 centro que atienden a población adolescente no cumplen con el perfil profesional requeridos para quienes trabajan en tales residencias (89.3% [n=160]), los centros para la atención de población con discapacidad presentan un 87.5% de incumplimiento (14 de 16), los centros que atienden a población lactante y preescolar presentan un incumplimiento del 88.5% (31 de 35). En este mismo aspecto, se identificó un CREAD que incumple esta normativa (9.1% [n=29]). Los CIP-CRC, en tanto, presentan 10 centros que no cumplen con este requisito esencial para su funcionamiento (55.6% [n=18]).

Al analizar el comportamiento geográfico de esta variable (perfil profesional requerido por modalidad), se estableció que existen regiones donde se incumple en su totalidad con esta

CIPER

norma: Los Ríos, Aysén y Magallanes(100% de los centros de la región). Le siguen Los Lagos (94.7% de incumplimiento), La Araucanía (88.9%), Libertador Bernardo O'Higgins (87.5%), Valparaíso y Antofagasta (85.7%), Maule (85.2%), Metropolitana (84.4%).

Cabe hacer presente que, los estándares mínimos de personal exigido -tanto en cantidad de personal como en perfil profesional- responden a una población de usuarios con un perfil definido, el cual -en su mayoría de los centros- no es considerado para el ingreso de residentes al centro. Así, según lo expuesto previamente, existe un alto porcentaje de población con perfil clínico ingresada en modalidades residenciales que -de acuerdo al estándar mínimo- no cuentan con profesionales especializados para el cuidado y manejo de esta población en particular. De todas formas, los "*estándares mínimos de calidad para la atención residencial*" requeridos por Sename, son claros en señalar dentro de los r*esultados esperados* (N° 30) que:

> El personal del centro debe ser suficiente en cuanto a número, experiencia y calificaciones para atender a las necesidades de los niños/as y adolescentes; y. que, por tanto, debe contar con suficiente personal durante el día y la noche equivalente al mínimo exigido o superior a ello. (Sename, 2012 [p. 27])

Cobertura de Educadores de Trato Directo por niño, niña y/o adolescente

Otro aspecto fundamental lo constituyó establecer la cantidad de Educadores de Trato Directo (ETD) con relación a la cantidad de residentes de los cuales estaba a cargo durante su turno. Al analizar el cumplimiento -o no- del mínimo de ETD exigidos por cantidad de niños conforme a los requerimientos de cada modalidad residencial en particular, se estableció que el 35% del total de los centros a nivel nacional no cumple con la cantidad de ETD mínima para su funcionamiento (84 residencias de 240). Este incumplimiento se identificó -en los porcentajes que se señalan- en los centros de las regiones de Valparaíso (51.4%), Maule (51.9%), Los Lagos (42.1%) y Tarapacá (40%). Estas regiones presentan los mayores porcentajes de inobservancia a esta normativa básica para su funcionamiento. Junto a ello, se estableció que los centros colaboradores que atienden a población lactante presentan un 42.9% de incumplimiento (15 de 35), los centros que atienden a población adolescente presentan un 38.8% de incumplimiento (62 de 160), en aquellos centros para la atención de población con discapacidad se estableció 37.5% de incumplimiento (6 de 16). Cabe hacer presente que, de los 84 centros que incumple esta normativa respecto de la cantidad mínima de ETD por niños, 83 pertenecen a instituciones colaboradoras (98.8%), mientras que uno de ellos corresponde a centros de administración directa (3.4%). Con relación a esto último, todos los CREAD cumplen con este requerimiento mínimo de funcionamiento (n=11), en tanto uno de los CIP-CRC, incumple esta cobertura mínima de atención (5.6% [n=18]).

Por otra parte, es posible señalar que, aun cuando un 65% de las residencias cumple con el mínimo exigido para su funcionamiento (156 [n=240]), la totalidad de estos centros mantiene población de residentes con perfil clínico. De ellos 10 centros atienden población de residentes

CIPER

que presentan discapacidad; y, por tanto, se presupone, cuentan con requerimientos de funcionamiento mínimo infraestructura y personal (cantidad y perfil profesional) basado en el perfil de residentes con esas características. Sin embargo, de los 146 centros que, aun cuando cumplen con los requerimientos mínimos de funcionamiento, este estándar mínimo no considera la atención de residentes con perfil clínico. Esta población con perfil clínico fue levantada en 134 de los 146 centros, lo que corresponde al 91.7%. En base a ello, es posible afirmar que el 85.8% del total de centros que cumple con este estándar mínimo de atención residencial corresponde a centros que atienden a residentes con perfil clínico; y, por tanto, el requerimiento mínimo exigido no considera una cantidad de ETD suficiente para la atención de residentes con esta complejidad clínica. De ellos, 122 residencias mantiene residentes con perfil psiquiátrico, 71 centros mantienen residencias con patologías médicas, 53 centros mantienen residentes con enfermedades crónicas, 40 centros mantienen residentes que presentan algún grado de discapacidad. En tanto, el 14.2% restante (18 centros), está compuesto por: una residencia para lactantes, un CIP-CRC, seis centros que atienden a población adolescente y 10 residencias dedicadas al cuidado de población discapacitada, estos últimos con una exigencia mínima que considera una mayor cantidad de personal para la atención de este tipo de residentes.

Mecanismos de reemplazo frente a la ausencia de funcionarios

Se estableció que del total de centros visitados, el 48.7% de estos (117), no cuentan con mecanismos explícitos de reemplazo frente a ausencia no programada de funcionarios, realizando los reemplazos con el mismo personal que trabaja en el centro, incumpliendo -con ello- lo indicado en las orientaciones técnicas, en específico lo que dice relación con que “la residencia debe tener un Plan de Contingencia ante ausencias, licencias médicas, suplencias, etcétera, el cual debe ser conocido y ejercido a cabalidad” (Sename, 2016b [P.53]). En el caso de los centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) el porcentaje incumplimiento corresponde al 55.2% (16 [n=29]), en tanto, para los organismos colaboradores se estableció un porcentaje equivalente al 47.9% (101 [n=211]). Entre los centros que presentan un incumplimiento mayor a esta disposición se encuentran los CREAD, donde el porcentaje que no cumple con este mecanismo de reemplazo alcanza el 72.7%. Al analizar los resultados por región, se estableció que en la Región de Coquimbo se presenta un 81.8% de ausencia de estos mecanismos y en la Región Metropolitana el porcentaje de centros alcanza el 71.1%.

Por otra parte, aunque el 50.4% del total de los centros a nivel nacional mantiene un mecanismo de respuesta frente a inasistencias imprevistas del personal, el centro acude a trabajadores a honorarios, cuestión que de igual forma no les permite asegurar una cobertura en un tiempo inmediato.

Mecanismos de capacitación y mejora continua

Del total de las residencias visitadas, se estableció que 198 centros, equivalente al 82.5% del total nacional, no cuentan con un programa de capacitación explícito ni calendarizado de

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

acuerdo a lo dispuesto en los lineamientos técnicos de mejora continua para los funcionarios de la residencia, que señala explícitamente:

> Es relevante además organizar procesos de capacitación interna y acompañamiento sistemático por parte de los/as profesionales del proyecto a la labor de los(as) educadores(as)/cuidadores(as) (esto último, traducido en apoyo, orientación, interacción cotidiana y otras acciones de acompañamiento dentro de las rutinas diarias). En ese sentido, se deberá desarrollar un plan de capacitación permanente, que considere la relevancia del rol del cuidador(a)/educador(a) en el proceso de reparación y restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes (Sename, 2016b [p. 53])

En el caso de los centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) el porcentaje incumplimiento corresponde al 65.5% (19 [n=29]), en tanto para los organismos colaboradores se estableció un porcentaje equivalente al 84.8% (179 [n=211]).

En cuanto a los 35 centros (organismos colaboradores) que intervienen bajo distinta modalidad residencial a población lactante, se estableció que existe un número de 31 centros que no cuentan con mecanismos explícitos ni calendarizados de capacitación (88.6% de los centros bajo esta modalidad). Por su parte de los 16 centros licitados para atender población discapacitada (todos ellos, correspondientes a organismos colaboradores), 10 de ellos, no cumplen con un programa de capacitación formalmente programado (66.7%). Al realizar un análisis del comportamiento geográfico de esta variable, se estableció que la Región del Biobío presenta un 90.5% de incumplimiento respecto de este requerimiento (38 [n=42]), la Región de Coquimbo presenta un 90.9% (10 [n=11]), la Región de Los Lagos con un 89.5% (17 [n=19]) y la Región Metropolitana 75.6% (34 [n=45]).

Personal de salud

Encargado de salud

De acuerdo a lo investigado se estableció que, de la totalidad de los centros, 42 de ellos, no mantienen encargado de salud (17.5%). Estos 42 centros corresponden, en su totalidad, a centros que atienden población adolescente. Por tanto, es posible señalar que el 26.2% de las residencias que atiende población adolescente no cuenta con encargado de salud (n=160). Por otra parte, aun cuando 198 centros cuentan con encargado de salud, esta función es ejercida por personal sin un perfil de formación académica necesariamente compatible con tal función. En tal sentido se estableció que, en 43 de estos centros, esta labor es ejercida por profesionales de la salud (21.7% [n=198]); en 51 centros, por técnicos en salud (25.8% [n=198]); en 55 centros, por técnicos en otras áreas (27.8% [n=198]); y, en 42 centros esta función es ejercida por personal que cuenta únicamente con formación académica de nivel medio (21.2 [n=198]). Cabe hacer presente que, 7 centros que reportaron contar con encargado de salud no lograron acreditar la formación académica de quienes desarrollaban tal labor.

CIPER

Un análisis por modalidad residencial permitió establecer que 17 CIP-CRC (94.4% [n=18]) y 10 CREAD (90.9% [n=11]) mantienen profesionales de la salud como encargados de salud de los centros; a su vez, 46 centros que atienden a población adolescente mantienen a profesionales y técnicos de otras áreas como encargado de salud (39% [n=118]) y en 36 de estos centros se detectó que el encargado de salud únicamente cuenta con formación académica de nivel medio (30.5% [n=118]). Respecto de los centros que atienden a población con discapacidad, 9 de estos, mantienen a profesionales de la salud como encargado de salud (56.3% [16]); y, en 5 centros se detectó que la función de encargado de salud es ejercida por un técnico de la salud (31.3% [n=16]). Finalmente, 17 centros que atienden a población lactante y preescolar tienen como encargados de salud a un funcionario técnico en salud (48.6% [n=35]).

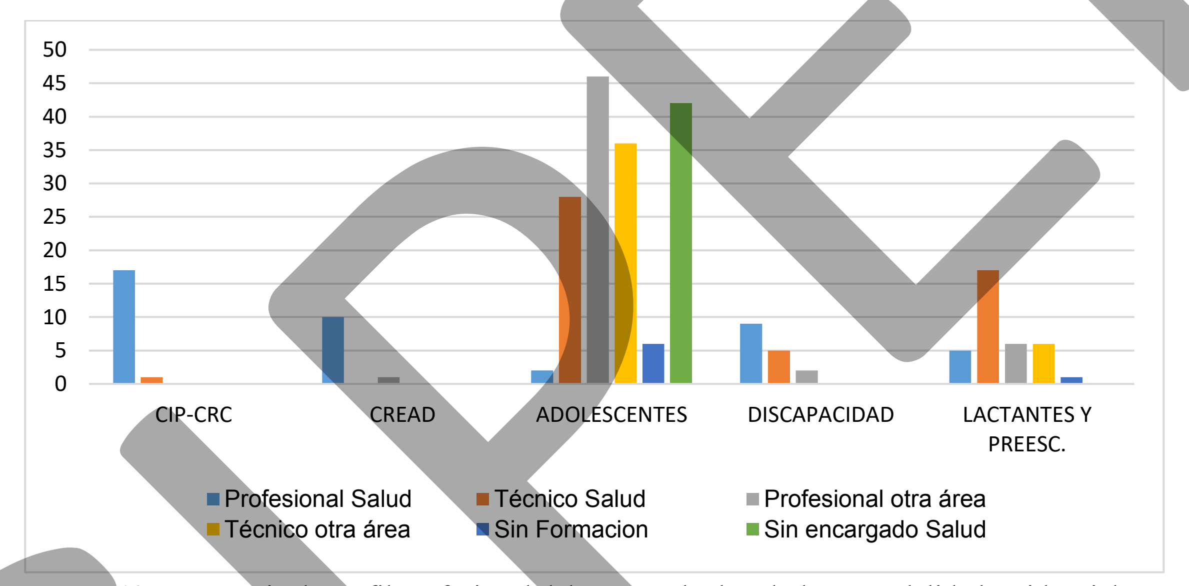


*Figura 13***.** Frecuencia de perfil profesional del encargado de salud por modalidad residencial

De esta forma, los resultados, demuestran que un número importante de centros, no cuenta con un encargado de salud competente en tal área. Y, en los casos en que así se registró, esta figura no se encuentra de manera permanente en el centro, atendiendo tal labor únicamente en horario laboral diurno. Por otra parte, cuando así ocurre, en la mayoría de los centros, esa función es asumida -fuera de la jornada diurna- por las ETD que cumplen roles laborales nocturnos y/o los fines de semana.

Encargado de la administración de medicamentos

Se estableció que, del total de centros visitados de Sename, 159 centros -lo que equivale al 66.3% de la totalidad de las residencias- la persona encargada de la administración de los fármacos en jornada diurna es un Educador de Trato Directo sin la formación profesional ni

CIPER

técnica en el área de la salud. Cabe hacer presente, que este porcentaje aumenta al 83.3% (200 centros), cuando se considera el desempeño de tal función en jornada nocturna.

Al realizar un análisis de esta variable por modalidad, se estableció que el 100% de los CIP-CRC cuenta con un profesional o un técnico para suministrar los medicamentos a los internos (diurno y nocturno). En los CREAD, esta función es ejercida en el 100% de las residencias por un profesional o técnico de la salud (n=11), sin embargo, durante horario nocturno, dos de estos centros delegan tal función en un ETD sin formación profesional ni técnica. Respecto de igual variable, se determinó que en 136 centros para adolescentes el suministro de medicamentos a los residentes recae en un ETD (85% [n=160]), lo que durante horario nocturno aumenta a 157 centros que operan con esta dinámica funcional (98.1% [n=160]). Por otra parte, en 11 centros que atienden a población discapacitada, tal labor recae en un profesional o técnico del área de la salud (68.8% [n=16]), mientras que en horario nocturno esta cantidad disminuye (6 centros [37.5%]). En el caso de centros que atienden a población lactante y preescolar, 19 de estos (54.3% [n=35]), mantienen un ETD realizando el suministro de medicamentos a los residentes sin formación técnica o profesional, porcentaje que aumenta durante la noche a un 86.6% (31 centros).

En este sentido, cabe hacer presente que, los lineamientos técnicos dispuestos por el Servicio Nacional de Menores indican que “El personal de la residencia solo administrará los medicamentos y otros tratamientos para enfermedades diagnosticadas, llevando riguroso registro y verificadores por escrito de ello y con autorización médica, de acuerdo a procedimientos escritos a cargo de personal idóneo” (Sename, 2016b [p. 28]). Incluso el mismo texto agrega que "el educador(a)/cuidador(a) formado en primeros auxilios estará a cargo de aplicar los protocolos de Salud y Administración de Medicamentos, en caso de ausencia del profesional de salud”**,** formación académica que en un porcentaje significativo de centros no es exigida para esta contratación, por cuanto las educadoras de trato directo (ETD) tienen un requisito de contratación mínima que sólo exige enseñanza media completa. En este sentido, las capacitaciones acreditadas en otras materias no forman parte del perfil de competencias exigido al momento de la contratación por parte de los centros, pese a que en el perfil de cargo señalado en las orientaciones técnicas se indica textualmente que los ETD que ingresan al sistema residencial “Deben contar con enseñanza media completa como mínimo, además de capacitación acreditada en temas atingentes a la atención de graves vulneraciones de derechos de niñez y adolescencia (Sename, 2016b [p. 63]).

Personal para el cuidado de residentes con perfil clínico

De acuerdo a la investigación se estableció que el 93.3% de las residencias del territorio nacional, equivalente a 224 centros, no cuenta con el personal profesional especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente (24/7). Respecto a las residencias que mantienen cuidado de lactantes y preescolares, el 97.1% de sus centros no cuentan con el

CIPER

personal especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente (34 [n=35]). Por su parte 158 de los 160 centros que atienden población adolescente no cuentan con esta prestación especializada de manera permanente (98.8%). Esta situación se reporta en 10 de los 11 CREAD (90.9%) y en los centros que atienden a población con discapacidad, 11 de 16 no cuentan con cuidados especializados las 24 horas del día (68.8%). Por su parte, 11 de 18 CIP-CRC presentan este contexto funcional (61%). Cabe hacer presente, que esta dinámica de funcionamiento podría responder a que la existencia de personal con este perfil profesional especializado no es requerida como estándar mínimo para su funcionamiento, en tanto, únicamente -y dependiendo de la modalidad- se exige un profesional de la salud (Médico/a, enfermero/a, de preferencia con especialidad en salud mental) o médico familiar, por al menos 8 a 10 horas mensuales. No obstante, esta disponibilidad resulta insuficiente para los centros, dado el alto número de residentes con perfil clínico y en especial con patología psiquiátrica. En virtud a ello, además, deben recurrir a diferentes establecimientos de salud pública existentes en el territorio donde se encuentran emplazados los centros, aun así, se reportó una falta de atención prioritaria de salud para los NNA que se encuentran bajo la línea de acción residencial del Sename. Por este motivo, las atenciones médicas -cualquiera sea su naturaleza- dependen de la disponibilidad de horas médicas existentes en la red de salud pública. Lo anterior, va contra lo señalado en los estándares mínimos de calidad para la atención residencial desarrollados por Sename, en el que se especifica que “la intervención residencial debe cautelar la seguridad física y emocional de los residentes y atender a sus necesidades integrales del desarrollo” (Sename, 2012 [p. 4]).



Infraestructura y Transporte

Infraestructura para el cuidado y manejo de casos complejos

Se estableció que, de la totalidad de los centros visitados, el 93.8% de las residencias de Sename no cuentan con las condiciones estructurales necesarias para el cuidado de residentes con perfil clínico y/o de casos complejos (225). Al analizar esta variable se determinó que 204 centros pertenecen a organismos colaboradores (90.7% [n=225]) y 21 corresponden a centros de administración directa (9.3% [CREAD y CIP-CRC]). De esta forma, al analizar esta variable por modalidad, esta cifra aumenta al considerar los centros que atienden a población adolescente (99.4% [159 de 160 centros]) y centros que atienden a población lactantes y preescolares (97.1% [34 de 35 centros]). Por otra parte 9 de 11 CREAD (81.8%), 11 de 16 centros que atienden a población con discapacidad (68.8%) y 12 de 18 CIP-CRC (66.7%) no cuentan con la infraestructura óptima para el manejo de casos complejos. Cabe hacer presente que este porcentaje se relaciona directamente con la inexistencia de enfermerías y/o dependencias especiales para su funcionamiento conforme al perfil de los residentes con que cuentan los centros (tales como farmacia, sala de cuidados médicos, estructura para la población con perfil clínico [médico y psiquiátrico]).

Al realizar un análisis del comportamiento geográfico de esta variable, se determinó que en seis regiones del país no existen centros residenciales que cuenten con infraestructura para casos complejos. En consecuencia, se estableció que en 8 regiones del país existe al menos uno o dos centros que cuentan con infraestructura de esta naturaleza. En la Región Metropolitana, en tanto, existen 5 centros con esta habilitación estructural.

Sala de enfermería

Se estableció que, de los 240 centros visitados a nivel nacional, 170 de ellos -equivalente al 70.8%- no cuentan con sala de enfermería. Sumado a esto, cabe hacer presente que, aquellas residencias que informaron contar con enfermería (70 [29.2%]), en su mayoría estas corresponden a salas habilitadas para la atención de primeros auxilios básicos, por lo que este porcentaje no necesariamente responde a centros que cuentan con aprobación y/o autorización sanitaria para el funcionamiento de una enfermería propiamente tal (conforme a la normativa sanitaria existente). Un análisis de esta variable permite determinar que las 170 residencias que no cuentan con sala de enfermería corresponden a centros que pertenecen a organismos colaboradores acreditados. Se desprende de ello, que todos los centros de administración directa cuentan con salas de enfermería.

Por otra parte, al agrupar los centros en razón de su modalidad de atención residencial, se identificaron diferencias significativas en esta variable que reporta la falta de una intraresidencial en los centros que atienden a población adolescente (87.5%), centros que atienden a población lactantes y preescolares (68.6%) y los centros que atienden a población

CIPER

discapacitada (37.5%). Por otra parte, conforme a lo indicado en el párrafo anterior, todos los CREAD y CIP-CRC cuentan con enfermería (100%). Al realizar un análisis del comportamiento geográfico de esta variable, se determinó que el 62.9% de centros que no cuentan con salas de enfermería se concentran en las regiones de Biobío (20%), Metropolitana (17%), Valparaíso (13%) y Maule (12.9%).

Respecto de esta variable, es pertinente indicar que los estándares mínimos exigidos para el funcionamiento residencial no incluyen la necesidad de contar con enfermerías al interior de los centros, sin embargo, dado el perfil clínico de los residentes existentes en un porcentaje importante de los centros (95.8%), esta dependencia resulta necesaria para su adecuado funcionamiento. Así, 206 de estos centros cuentan con residentes con perfil psiquiátrico (85.8% del total de los centros), 126 cuentan con residentes con algún diagnóstico médico (52.5%), 106 de ellos presentan con alguna enfermedad crónica (44.1%) y 85 centros con residentes con algún grado de discapacidad (35.4%). En base a ello, esta dependencia resulta imprescindible para prestar la cobertura médica necesaria y/o contar con la capacidad para otorgar una primera respuesta ante emergencias que puedan poner en riesgo la salud de los residentes.

Mecanismos de traslado institucional de residentes

Del total de centros visitados, se estableció que el 58.7% de los centros no cuentan con medio de trasporte propio para el traslado de los residentes (141 centros), por lo que la movilización de estos se realiza principalmente mediante mecanismos de locomoción pública independiente de la condición médica del paciente a trasladar. De acuerdo a lo anterior, del 58.7% de los centros que no cuentan con mecanismos de traslado para la población residente, el 100% pertenece a organismos colaboradores. Por otro lado, todos los centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), cuentan con algún medio de transporte propio. Por otra parte, al analizar esta variable por modalidad, esta cifra presenta una variación significativa. Al enfocar los resultados en los centros que funcionan bajo la modalidad residencial dedicada a la atención de población adolescente, se estableció que 66.3% de ellos no cuenta con este recurso (106 centros), lo mismo ocurre con 29 centros que funcionan bajo la modalidad residencial para la atención de población lactantes y preescolares (82.9% [35]); y, 6 centros que funcionan bajo modalidad para la atención de población discapacitada (37.5% [16]). Por otra parte, todos los CREAD y CIP-CRC cuentan con medios de traslado propios (100%).

Conjuntamente con la existencia o no de este medio de transporte, se indagó respecto del horario de funcionamiento en el cual se encontraba disponible tal mecanismo de traslado para la población de residentes. De esta forma se estableció que un 15.2% de los centros que cuentan con un mecanismo de traslado propio, mantienen un servicio de turnos para el traslado de residentes durante las 24 horas del día (15 [n=99]), sin embargo, estos corresponden a CIP-CRC, donde el medio de traslado pertenece a Gendarmería de Chile.

CIPER

Control y Supervisión de las Residencias

Mecanismos de supervisión del Servicio Nacional de Menores

De acuerdo a los resultados obtenidos, se estableció que, de la totalidad de las residencias, el 98.3% de los centros recibe una supervisión periódica por parte de Sename (236 centros), la que se lleva a cabo en jornada diurna y nocturna. La primera de ellas con una frecuencia mensual en el 87.5% de los centros (210), bimensual en el 2.5% de los centros, bimestral en el 2.1% de los centros, trimestral en el 3.8% y semestral en el 1.7%. En su mayoría, estas supervisiones son coordinadas de manera previa. Esto implica que el personal directivo sea avisando con antelación de las visitas inspectivas a realizar por parte del o la supervisora de la Dirección Regional del Sename. Por otra parte, se estableció que existen supervisiones que son llevadas a cabo en horario nocturno (con una periodicidad mayormente irregular y de menor frecuencia en comparación con las realizadas en horario diurno por dicho servicio), registrando una frecuencia mensual (73 centros (30.4%), bimestral (42 centros [17.5%]), trimestral (47 centros [19.6%]), cuatrimestral (36 centros [15%]), semestral (19 centros [7.9%]); anual (3 centros [1.3%]) y bimensual (2 centros [0.8%]) y 18 centros donde no se logró acreditar la concurrencia del Sename durante el horario nocturno (no existe/no indica). Cabe hacer presente que existen 4 centros a nivel nacional que reportaron no mantener supervisión por parte de Sename; sin embargo, ello hace referencia a un centro de Isla de Pascua (última supervisión en el mes de marzo del año 2016), un centro de la Región de Coquimbo y de la Región de los Ríos (ambos con inicio de funcionamiento reciente a la fecha de concurrencia del oficial investigador) y un centro en la Región Metropolitana donde no mantenían registro de supervisión periódica, en tanto, se indicó -por parte de la directora del centro- que ello respondía a problemas existentes desde la Dirección Regional de Sename con la designación y nombramiento de un supervisor para ese centro.

Por otra parte, se estableció -conforme a las entrevistadas tomadas al personal de cada centro- que en las supervisiones diurnas se aborda el cumplimiento de requerimientos administrativos, cumplimiento de lineamientos técnicos y procesos de intervención psicosocial realizada con los residentes. En tanto las supervisiones nocturnas, en su mayoría realizadas de manera sorpresiva, se abordan aspectos relativos a las condiciones de habitabilidad de los niños y aspectos relativos al cumplimiento de los turnos por parte de los funcionarios, así como las condiciones de seguridad y los medios existentes para dar respuesta a eventuales emergencias. Es pertinente señalar que en las orientaciones técnicas dispuestas por Sename no se especifica la periodicidad con la que se debe efectuar cada una de estas supervisiones, indicando solamente los ámbitos a considerar en estas inspecciones. En estos instructivos se requiere que la visita sea realizada por los supervisores técnicos, provenientes de las direcciones regionales en las cuales tienen asiento territorial cada uno de los centros ubicados a nivel nacional, explicitando que los ámbitos a considerar corresponden a los siguientes: 1) relativos a condiciones básicas para la atención e intervención, 2) gestión técnica y 3) planificación del proyecto.

CIPER

Mecanismos de supervisión de Tribunales de Familia

En consideración a este punto, se estableció que, de la totalidad de las residencias en la línea proteccional el 98.6% ha sido supervisado periódicamente por parte del Tribunal de Familia (219 centros [n=222]), cuyos ámbitos a revisar corresponden de igual manera a los ítems inspeccionados por Sename. De este porcentaje, el 78.3% de los centros son revisados de forma semestral por parte del Tribunal de Familia y en el 14.4% se realiza de forma trimestral. El resto de los centros son revisados de manera mensual (2 centros), anual (2 centros), bimestral (1) y bimensual (1).

Respecto de ese 1.4% de residencias que no ha recibido supervisiones por parte del Tribunal de Familia, estos corresponden a 3 centros residenciales de reciente funcionamiento a la fecha de concurrencia del oficial investigador; y, por tanto, aún no contaban con alguna visita inspectiva por parte del Tribunal de Familia. Cabe señalar que la Ley Nº 19.968, establece la periodicidad de la fiscalización de los Tribunales de Familia, indicando en el Art. Nº 78 que ésta no debe distanciarse por periodos superiores a los seis meses, constituyendo una falta disciplinaria grave el incumplimiento de tales supervisiones. En este sentido se identificó dos residencias donde se reportó supervisiones con frecuencia anual por parte de Tribunales de Familia, incumpliendo lo establecido en el mencionado cuerpo legal.

Respecto de las supervisiones nocturnas, se estableció que 12 residencias proteccionales mantienen este tipo de supervisiones por parte del tribunal (5.4% [n=222]). Estas recaen en centros que operan bajo la modalidad de atención a población adolescente (6), Lactantes (4) y CREAD (2) y se distribuyen en las regiones Metropolitana (5), Biobío (3), La Araucanía (2), en Los Lagos (1) y Magallanes (1).

Al respecto cabe hacer presente, que las frecuencias de las supervisiones registradas en los centros responden -según lo vertido en las distintos informes policiales y adjuntos en anexos- a cambios generados por el Sename, el año 2016 posterior al fallecimiento de Lissette Villa Poblete (11 de abril del 2016), regularizando las supervisiones y aumentando la frecuencia de las mismas.

Junto con el aumento de frecuencia detectado durante el último año -posterior al fallecimiento de Lissette Villa Poblete- es necesario señalar que, la lógica de la dinámica de control y supervisión advertida durante la investigación, se encuentra enfocada a supervigilar los asuntos administrativos y formales del proceso de intervención, de ahí que en su mayoría sean actividades que se encuentran coordinadas de manera previa, con la finalidad que el centro mantenga la documentación "*a mano*" (accesible el día de la visita) para su revisión por parte del supervisión o ente contralor, tales como registros, fichas de intervención, gestión técnica, cumplimiento de objetivos requeridos por convenio, entre otros. Esto explicaría, en gran parte, los datos levantados que dan cuenta de un seguimiento y corrección -por parte de los centros-

CIPER

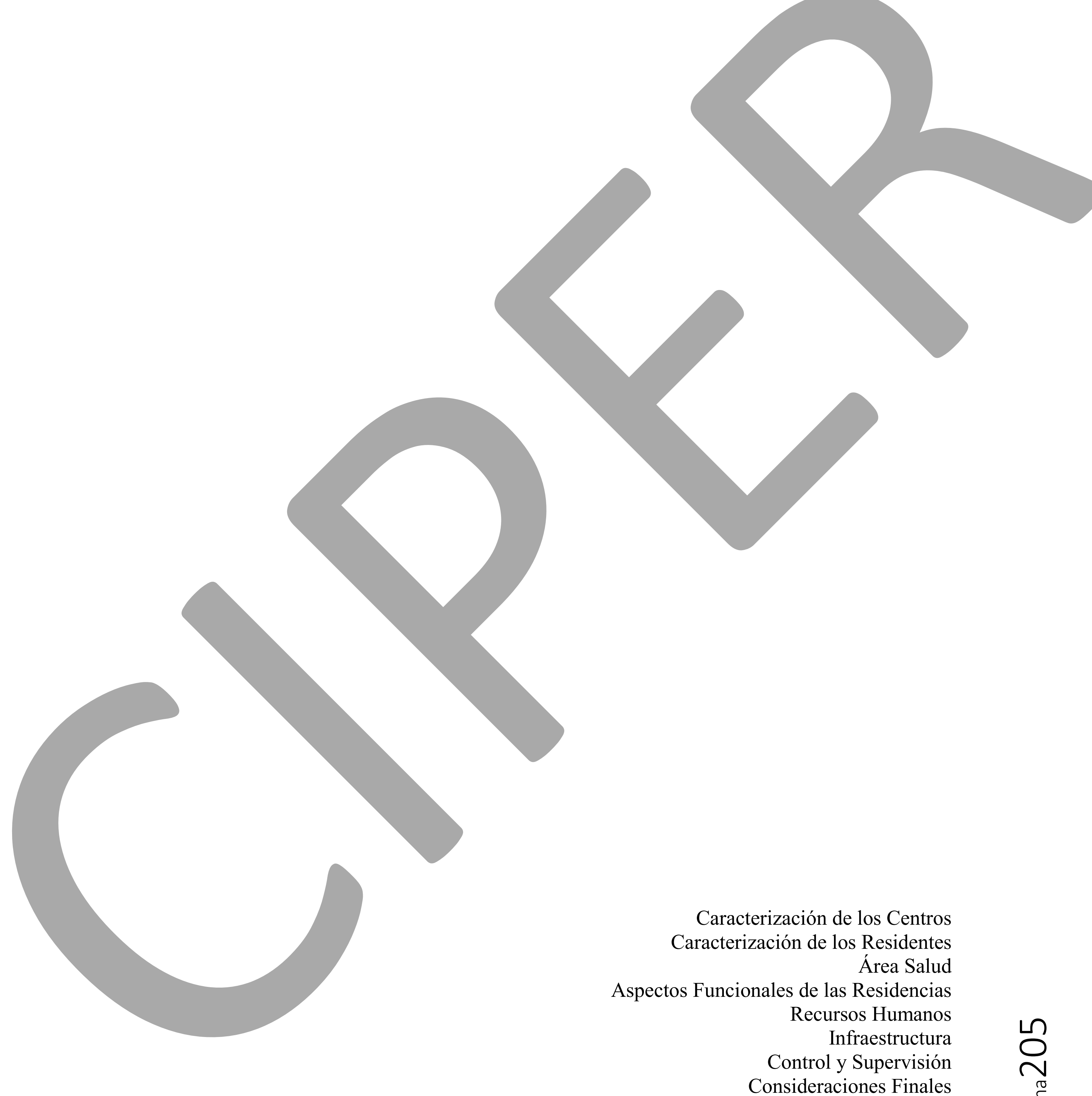
de las observaciones realizadas durante las visitas inspectivas, en tanto responde a observaciones, mayoritariamente de carácter administrativo y la supervisión del cumplimiento de los objetivos establecidos en los lineamientos técnicos.

CIPER

CIPER

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES


CIPER



Conclusiones

Conforme a los hallazgos reportados en el apartado anterior, es factible concluir una serie de elementos que dan cuenta de un incumplimiento de las disposiciones y normativas en torno al cuidado de los NNA bajo la línea de protección residencial. A continuación, se presentan las principales conclusiones establecidas por cada una de las categorías indagadas en el presente estudio, que dan cuenta de la situación de la totalidad de los centros residenciales administrados por el Sename a nivel nacional. Sin embargo, de acuerdo a lo indicado en el capítulo anterior, se advierte que los hallazgos expuestos responden, única y exclusivamente, a la realidad registrada durante el periodo de investigación; y, por tanto, deben interpretarse desde la transversalidad del dato levantado. Esto es, considerando que el diseño de investigación adoptado para el presente estudio implicó la recolección de datos en un tiempo único. De ahí que, al igual que los resultados, las conclusiones expuestas a continuación deben ser interpretadas como una *fotografía* del momento en el cual se realizó el levantamiento de información, pues el propósito y alcance de la investigación es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Caracterización de los Centros

Se logró establecer el funcionamiento de 241 centros en modalidad residencial durante el último bimestre del año 2017, todos dependientes del Servicio Nacional de Menores y distribuidos dentro de las 15 regiones que comprendía el territorio nacional al momento del levantamiento de la información.

1. **La cobertura de centros residenciales por parte del Estado resulta insuficiente para prestar atención a la alta demanda de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Esto genera que un alto porcentaje de NNA se encuentre bajo el cuidado de centros que pertenecen al sector privado y que operan bajo la figura de Organismos Colaboradores Acreditados (OCA).**

El mayor porcentaje de la oferta programática de Sename se concentra en la línea de acción de protección y restitución de derechos (92.5%); y, principalmente bajo la administración del sector privado (95%). De la totalidad de los centros, el mayor porcentaje de estos se concentra en la atención de población de ambos sexos (47.1%), en tanto que un 34.6% de las residencias prestan cobertura exclusiva a mujeres.

En cuanto a las regiones que concentran una mayor cantidad de centros estas corresponden a la Región Metropolitana (45), la Región del Biobío (42) y la Región de Valparaíso (35), acumulando el 50.6% de la cobertura nacional, mientras que la regiones de Arica y Parinacota, Aysén y Magallanes, presentan la menor cantidad de centros residenciales a nivel nacional.

Al respecto, el Anuario Sename (2016) reportó la existencia de 247 centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados y 11 CREAD en funcionamiento durante el año 2016. Esta situación de distribución de centros, también resulta concordante con lo establecido en el Informe de la Comisión de Derechos Humanos al constatar que solo 11 centros funcionan bajo administración directa del Sename, mientras que la mayor parte de la oferta seria administrada por instituciones privadas, lo que tal entidad interpreta como una falta de control por parte del Estado respecto de la ejecución de los procesos de contratación para la atención de la mayor parte de los NNA en el país.

2. **Existe una oferta programática en el ámbito de la protección y restitución de derechos, sin embargo, la distribución residencial especializada se encuentra centralizada y no responde integralmente a los requerimientos específicos para la atención de población altamente vulnerada con perfil clínico.**

Se estableció la existencia de 23 modalidades residenciales. En la línea de protección de derechos se determinó la existencia de 11 CREAD (ubicados en seis

CIPER

regiones del país), los cuales, a su vez, solo funcionan en dos modalidades basadas en el rango etario del NNA (modalidad lactantes y preescolares y modalidad para atención de NNA mayores de 6 años y menores de 18). El resto de las modalidades residenciales se encuentran bajo la administración de organismos colaboradores acreditados, salvo los 16 centros destinados a la atención de población con discapacidad [distribuidos en 6 regiones]). las otras modalidades implementadas establecen su criterio de ingreso basados en el rango etario (160 centros para población adolescente [distribuidos en 14 regiones] y 36 centros para la atención de población lactante y preescolar [distribuidos en 14 regiones]), lo que se contradice con la alta frecuencia de residentes con perfil clínico y con necesidades de intervención especializada, distribuidos en el 95.8% de los centros. Esta situación de centralización de la oferta programática, es concordante con lo reportado anteriormente en los informes elaborados en el marco del "Proyecto de Levantamiento y Unificación de la Información de Niños/as en el Sistema Residencial" donde se reportó las necesidades de desplazamiento de distancias considerables por parte de los niños, al no contar estos, con una oferta programática en sus territorios de pertenencia (Bascuñán & Jeldres, 2013 [P. 4]).

Cabe hacer presente que, para el año 2012, se registraban 25 modalidades residenciales, las que incluían dentro de la oferta programática 7 CTD (Centro de Tránsito y Diagnóstico) en el área de Justicia Juvenil y 3 CTL (Centro de Tránsito y Distribución para Lactantes) en el área de Protección de Derechos.

3 **Existe un número de plazas residenciales disponibles mayor a la cantidad de residentes constatados, sin embargo, esta situación no se traduce en mejores condiciones habitacionales para los NNA.**

Se estableció la existencia de 9306 plazas distribuidas en los 240 centros visitados. Del total de plazas, se logró establecer la existencia de 6844 residentes (NNA y adultos) que viven de manera permanente y estable dentro de los centros. A esta población de residentes estables se suman 594 NNA que, no obstante, cuentan con una cama propia y pertenencias dentro de la residencia, se encuentran en condición de pre-egreso; y, por tanto, mantienen un alojamiento regular y periódico con familiares. La suma de ambos perfiles de residentes (estables [6844] y en situación de pre-egreso [594]) permite señalar que actualmente se encuentra ocupado el 79.9% de la cobertura nacional (7438 plazas ocupadas, entre menores de edad (NNA) y adultos (mayores de 18 años).

Al analizar el comportamiento geográfico de la demanda residencial, se estableció que las regiones de Tarapacá, Antofagasta, y Del Maule presentan el mayor porcentaje de ocupación de plazas disponibles (98.9%, 94.5% y 91.0% respectivamente). Sin embargo, en términos cuantitativos, la mayor concentración de plazas ocupadas se encuentra las regiones Metropolitana (2275 plazas ocupadas), de Valparaíso (1090



plazas ocupadas) y del Biobío (1000 plazas ocupadas), quienes a su vez registran el mayor número de residentes (2203, 956 y 944 respectivamente), acumulando el 58.7% del total país. Considerando la modalidad residencial, las mayores ocupaciones se presentan en centros para la atención de población discapacitada (96%) y residencias para lactantes y preescolares (88.8%). Por otra parte, pese a que -como se señaló previamente- la ocupación residencial a nivel país presenta una ocupación menor que la disponibilidad de plazas existentes (79.9%), se estableció que, el 11.7% de los centros mantiene una sobrepoblación residencial. Respecto de esto último, se estableció que 24 de los 28 centros que mantienen sobrecupo, presentan además residentes sobre-institucionalizados (con estadía mayor a dos años), lo que sugiere, una revisión de los procesos asociados a la gestión técnica de los centros a fin de establecer soluciones tanto al sobrecupo como a la sobre intervención de estos casos.

Cabe hacer presente que, el año 2016, el Poder Judicial dio a conocer en el Primer Informe Nacional de Visitas a Hogares y Residencias de Protección de Red Sename y Privados, una ocupación del 90% de las plazas licitadas (8633 plazas v/s 7807 plazas ocupadas), por lo que es posible señalar que los hallazgos reportados en el presente estudio reportan una ocupación menor en 10.1%. Por su parte el Anuario Sename (2016) reportó 8377 residentes, de ellos, se pudo establecer que pernoctaron 6716 NNA distribuidos en 261 centros. El mismo documento, año 2012, estableció la existencia total de 15.924 plazas para el sistema residencial, tanto del área de Protección de Derechos como Justicia Juvenil, lo que contempla 1656 plazas en la modalidad CIP-CRC y 14.268 plazas para residencias de protección de derechos (710 de AA.DD. y 13.558 OCA).

CIPER

CIPER

Caracterización de los Residentes

Se estableció una población total de NNA y adultos de 7438. De ellos, 6844 residen de manera permanente en los centros. Esta diferencia guarda relación con aquellos que, habitando en las residencias, presentan un alojamiento familiar extra residencial de manera permanente, ya sea porque participan en un proceso de acercamiento o porque se encuentran en proceso de pre-egreso o proceso de adopción. De ellos, 1358 presentan algún grado de discapacidad (1358 viven en residencias para población discapacitada) y 659 residen en centros para población lactante.

4. **Existe un perfil de usuario que es designado por parte del personal del Sename en base a percepciones de los funcionarios cuyo fundamento tiene origen en el despliegue conductual conflictivo del residente por sobre la definición formal del Sename.**

Aun cuando el Servicio Nacional de Menores define -en la red de oferta programática del Sename y su Departamento de Protección de Derechos- a todas las residencias proteccionales como centros de alta complejidad, los resultados dan cuenta que los encargados de centros residenciales mantienen una percepción propia e informal del perfil de los residentes basados principalmente en el historial conductual del NNA (a lo largo de su estadía en el sistema residencial o en referencia a categorías clínicas asociadas a la presencia de un diagnóstico de salud mental o condición médica), lo que contraviene la conceptualización de complejidad establecida por Sename (intervención de NNA baja complejidad en programas e intervención a NNA de mediana y alta complejidad en residencias proteccionales). En este sentido, se logra constatar el uso de una categoría informal para delimitar el perfil de usuario que no encuentra una definición conceptual por parte de la institución, pero que es utilizada, en el relato de los funcionarios, para describir el estatus técnico de la residencia en función del perfil de usuario. De esta manera, se puede establecer que el 27.9% de los centros se definen como residencias de alta complejidad, de las cuales, 20 corresponden a centros de administración directa (29.8%) y 47 pertenecientes a organismos colaboradores acreditados (70.1%), en tanto que, 31 residencias, se definen como centros de baja complejidad, la totalidad de estas pertenecientes a organismos colaboradores acreditados.

Al analizar los resultados obtenidos por modalidad, se puede apreciar que en el caso de aquellas residencias que atienden población con discapacidad, 10 de estas definen su perfil de usuario de acuerdo a la condición médica (severa a profunda [alta

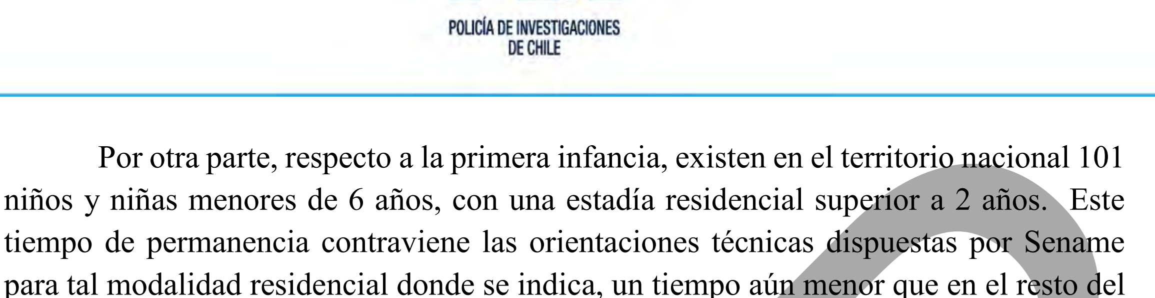
complejidad], o leve a moderada [mediana a baja complejidad]), mientras que las otras 6 residencias, definen su perfil de usuario recurriendo al despliegue conductual del residente (baja, mediante y/o alta complejidad). De esta manera, al analizar esta percepción de complejidad en las residencias con población psiquiátrica, ésta se define de acuerdo al porcentaje de residentes con diagnóstico psiquiátrico presentes en el centro, de tal manera que el perfil de complejidad se define -desde esta informalidad- en virtud al despliegue conductas disruptivas por parte de los residentes, sin considerar las definiciones técnicas indicadas por Sename.

5. **Un porcentaje significativo de residentes presenta sobreinstitucionalización, duplicando el tiempo de permanencia dispuesto por Sename para la atención residencial.**

Al respecto, cabe hacer presente que, para los efectos de esta investigación, la sobreinstitucionalización fue considerada conforme al doble del plazo sugerido por Sename en las orientaciones técnicas (un año), las que, aún cuando señalan que dicho plazo puede ser flexibilizado en virtud de los criterios técnicos y el pronóstico de egreso de los residentes, se explicita el principio de internación mínima y de último recurso, el que establece que la permanencia en el sistema residencial debe ser por el menor tiempo posible, a fin de resguardar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir en familia. Por otra parte, se consideró para el estudio, únicamente la institucionalización del NNA y/o adulto respecto del actual centro de residencia, sin considerar, que un porcentaje -no determinado en la presente investigación- pudiese contar con historia de institucionalización previa, proviniendo de otras residencias o programas de intervención, por lo que el número de casos con sobreinstitucionalización podría ser significativamente mayor del señalado, al considerar tal variable.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se estableció que existen 2603 residentes que presentan una estadía mayor a los dos años lo que equivale al 42.8% de la población nacional de residentes (excluyendo la población CIP-CRC [757; n=6087]). De ta manera que es posible afirmar que un 73.3% de los centros mantiene población sobreinstitucionalizada (176 centros). De ellos se estableció que, los organismos colaboradores acreditados, mantiene un 40.5% de su población residente con más de 2 años de estadía (2463), por su parte, en los centros de administración directa se reportó un 27.7% de los residentes en tal condición (140). Al realizar un análisis de esta sobreinstitucionalización restando aquellos residentes con más de dos años de estadía al interior de centros para población discapacitada (998), se obtuvo una nueva cifra de población residentes con sobreinstitucionalización correspondiente a 1605 casos, lo cual representa el 23.4% del total de los residentes establecidos (n=6087).

CIPER



Por otra parte, respecto a la primera infancia, existen en el territorio nacional 101 niños y niñas menores de 6 años, con una estadía residencial superior a 2 años. Este tiempo de permanencia contraviene las orientaciones técnicas dispuestas por Sename para tal modalidad residencial donde se indica, un tiempo aún menor que en el resto del sistema residencial, en tanto:

> "En consideración al interés superior de los/as niños/as y a su derecho a vivir en una familia estable y protectora, la estadía concreta del niño/a en acogimiento residencial en la residencia no debiese extenderse por un período superior a seis (6) meses". (Sename, 2016d [p. 63])

Si bien, en el contexto del presente estudio no se logró acceder al contenido de los procesos de intervención en cada caso, por lo que no es posible establecer las razones técnicas que pudiesen subyacer a la decisión de mantener por dichos espacios de tiempo a los usuarios en contexto residencial, resulta evidente la necesidad de generar condiciones para reducir dichos tiempos considerando las recomendaciones contenidas en las mismas orientaciones técnicas elaboradas por Servicio Nacional de Menores, para las distintas líneas de programa. Sumado a lo anterior, se reporta evidencia que sustenta los distintos factores de riesgo que conlleva una prolongada institucionalización (Beckett et al., 2006; Bick, Fox, Zeanah & Nelson, 2017; Fonzo, et. al, 2015; Lindblom et. al., 2017; Lyden et al., 2016; Raymond, Marin, Majeur & Lupien, 2017; Sheridan, Drury, McLaughlin & Almas, 2010; Sheridan, Fox, Zeanah, McLaughlin & Nelson, 2012; Taylor-Colls & Pasco Fearon, 2015; Troller-Renfree et al., 2014).

Lo anterior resulta concordante con el Proyecto de levantamiento y unificación de información relativo a los niños del sistema residencial de Chile (Bascuñán, 2013), donde se señala que uno de los nudos críticos de Sename son las largas institucionalizaciones de niños, muchas veces por la falta de diagnóstico adecuado y actualizado. En efecto, en dicho informe se establecen tiempos de estadía promedio de 4 y 5 años. Por otra parte, la Comisión Especial Investigadora del Cámara de Diputados (Sename I) estableció estadías superiores a los 2 años, y cuatro años en programas ambulatorios. Por su parte, el segundo Informe, de la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados, denominado Sename II, señala en este mismo sentido que, el promedio de permanecía entre los años 2012 y 2015, alcanzaba a 3,6 años, superando en un 359% lo sugerido en las bases técnicas, estableciendo dicho informe que, los tiempos de permanencia lejos de disminuir presentaría una tendencia al alza sostenida en los últimos 4 años, situación que se logra evidenciar también en el levantamiento de información, realizado en el marco del presente informe. A su vez, el Primer Informe: Monitoreo de tiempos de largas permanencia de niños, niñas y adolescentes en los proyectos y programas del Departamento de Protección de Derechos, efectuado el 11 de noviembre de 2011, en la línea residencial de Protección para Mayores (RPM),

CIPER

estableció la existencia de 433 niños y niñas, menores de 6 años, con tiempo de permanencia superior a 6 meses (máximo de permanencia esperado), de los cuales se constató en Senainfo el egreso de sólo un 7.9% de los casos, lo que equivale a 34 niños y niñas.

6. **En un porcentaje significativo de centros coexisten, residentes en edad infantil, adolescentes, adultos y adultos mayores, quienes comparten espacios comunes y son objeto de intervención sin el personal especializado/diferenciado de acuerdo al grupo etario de pertenencia**

Se logró establecer la presencia de un total de 1135 residentes adultos, correspondiente al 16,6 % de la población atendida. Estos se encuentran distribuidos en el 44.5% de los centros. Entre las regiones con mayor cantidad de residentes adultos en sus centros, se encuentran Valparaíso (13), Región Metropolitana (23), Biobío (17) y La Araucanía (12), las que representan el 60.7% del total de residencias con esta población fuera de perfil. Esta población de adultos se ubica dentro de un rango etario que va desde los 18 a los 83 años. 4 de los centros mantienen adultos mayores entre los residentes, estos funcionan bajo la modalidad para población discapacitada, donde se estableció que conviven residentes cuya edad máxima se encuentra en un promedio de 71 años, y la edad mínima en un promedio de 6 años, albergando -entre los 4 centros- un total de 555 residentes. Cabe señalar que estas 4 residencias mantienen población infantil, adolescente, juvenil, adultos, adultos mayores y residentes con discapacidad, presentando serias dificultades de funcionamiento. Por otra parte, ninguno de estos centros cumplía con los protocolos mínimos establecidos por Sename para su funcionamiento; sumado a ello, dos de estos no contaban con la cantidad mínima de ETD por residente. De igual forma, las 4 residencias no cumplían con la cantidad mínima de funcionarios con formación profesional, establecidas por las orientaciones técnicas y tres de ellas no presentaban mecanismos de reemplazo frente a ausencias y licencias médicas de los funcionarios. En estas mismas 4 residencias, se evidenció una importante cantidad usuarios con enfermedades crónicas (330) y con enfermedades terminales (12); pese a lo anterior, dos de ellas no contaban con personal especializado de forma permanente (24/7) requerido para el manejo de casos con condición médica compleja, a lo que se sumaba una infraestructura insuficiente para el cuidado de población con este perfil. A lo anterior, se suma que ninguna de estas 4 residencias contaba con mecanismos de traslado en horario nocturno para los residentes, siendo importante señalar que estas residencias, mantenían un proceso regular de supervisión tanto del Servicio Nacional de Menores, como de Tribunales de Familia, con una frecuencia de supervisión diurna mensual y semestral respectivamente, manteniéndose el funcionamiento residencial, a pesar de las condiciones señaladas en el presente párrafo.

CIPER

En aquellos centros que atienden población adolescente, tanto en la línea de protección como de responsabilidad penal adolescente, se identificaron 43 centros, los cuales entre sus residentes existían adultos cuyas edades se encontraban entre los 20 y los 34 años (13 centros de responsabilidad penal adolescente y 30 pertenecientes al área Proteccional [29 pertenecientes a organismos colaboradores acreditados y un centro de administración directa).

Si bien no fue posible levantar información respecto de la edad de cada uno de los residentes establecidos en cada centro, la información en torno a los rangos de edad permite dar cuenta de la existencia de un importante número de centros que mantiene población adulta y adultos mayores, conviviendo y compartiendo espacios comunes con población infanto-juvenil, situación no considerada en las orientaciones técnicas consultadas, en el marco del presente estudio, para los programas en la línea Proteccional. Ello da cuenta, de una importante debilidad técnica del sistema para el correcto abordaje e intervención de los NNA residentes. En este sentido, si bien los programas de responsabilidad penal adolescente, consideran la presencia de adultos en sus centros, dado el beneficio pro-reo, que implica que adultos que hayan sido condenados por delitos cometidos siendo adolescentes, pueden cumplir su sanción en dichos centros, sin embargo, se establece que deben existir resguardos a fin que los menores de edad no entren en contacto con estos, situación de la que no fue posible dar cuenta a partir de la información levantada en el presente estudio, ya que, en las visitas a los centros se constató la presencia de espacios comunes, donde dicha interacción se visualiza como posible. Esta convivencia entre niños y adultos da cuenta de un fenómeno que, a la luz de la información levantada en el presente estudio, aun cuando se concentra en mayor medida en aquellos centros que atienden población discapacitada (740 residentes [65.2% de total los adultos]), visibiliza una realidad transversal del sistema residencial presente en todas sus modalidades.

En cuanto a los informes realizados por parte de la primera Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados (Sename I) se estableció -dentro de los centros visitados- un porcentaje correspondiente al 7% de población adulta (mayores de 18 años), evidenciando, en el marco del señalado estudio, que existían instancias y espacios de convivencia entre adultos y población infantil. En el Informe Sename II, en tanto, se establecieron 1100 residentes adultos, de los cuales 884 correspondían a personas discapacitadas, advirtiendo la necesidad de producir un cambio de mirada respecto de la especialización de los sujetos de protección de Sename, indicando que la presencia de dicha población obedecería a que no existiría una oferta especializada que se haga cargo de la atención de este tipo de usuarios, quedando está supeditada a la competencia del servicio.

CIPER



Area de Salud

7. Existe un alto porcentaje de residentes con perfil clínico sin el debido cuidado profesional para su manejo e intervención.

Se realizó un catastro a nivel nacional de todos los residentes de los centros que presentaban alguna patología, distribuyéndolos por región de acuerdo a la tabla N° 5, donde se especifican las diversas patologías levantadas (enfermedades psiquiátricas, médicas, crónicas, discapacidad y bajo riesgo vital [presencia de enfermedades terminales]). En tal aspecto, un primer acercamiento a la muestra arroja que 230 centros mantienen -entre sus residentes- al menos un sujeto con alguna patología, por lo que es posible afirmar que un 96% de los centros cuenta con algún residente con perfil clínico.

Residentes con patologías psiquiátricas

Existen 2554 residentes diagnosticados con alguna patología psiquiátrica, equivalente al 37.3% de la población total. Este perfil de residente se encuentra distribuido en un 85.6% de los centros (solo 35 de las 240 residencias no cuentan residentes con algún diagnóstico psiquiátrico). A su vez este porcentaje se encuentra distribuido -mayoritariamente- en los centros que atienden a población adolescente con el 48.5% de los residentes con alguna patología y en los centros de administración directa, donde la población de residentes con alguna patología alcanza el 31.6%. Respecto de esto último el 100% de los CREAD cuenta con residentes con perfil psiquiátrico, por su parte el 94.4% los CIP-CRC, el 93.8% de los centros que atienden población adolescente y el 81.3% de las residencias que atiende a población discapacitada, mantiene a uno o más residentes con alguna patología psiquiátrica. En este mismo sentido, para los CREAD, la población con este perfil clínico corresponde al 67.5% de los residentes existentes (n= 530), en tanto que en los CIP-CRC el porcentaje de la población con alguna patología psiquiátrica alcanza el 51.9% de los internos (n=757). Cabe hacer presente que, aun el constante desajuste comportamental y el despliegue de conductas de riesgo por parte de la población psiquiátrica, el 71% de los centros que mantiene población con este perfil clínico, no cuenta con protocolos de prevención de conductas suicidas. Sumado a ello, de los 59 centros que mantiene tal protocolo, un 72.8% no cuenta con actas de notificación del mismo, lo que no permite asegurar el cabal conocimiento de los procedimientos a seguir por parte del personal. Por otra parte, el 83% de los centros con población psiquiátrica no cuenta con el perfil profesional requerido para cumplir con el estándar de calidad mínimo para la intervención, el 35% no cuenta con la cantidad mínima de ETD para el funcionamiento residencial y el 84.9% no cuenta con un mecanismo programado ni calendarizado de capacitación para el personal que labora al interior de los centros.

Investigar está en nuestro ADN

CIPER

Los hallazgos reportados, aunque en menor porcentaje, resultan consistentes con lo informado por el INDH (2017) donde señalan que un 43% de los NNA reportó estar haciendo uso de medicamentos para su salud mental (n=355) en su mayoría referidos a ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, estimulantes del sistema nervioso central (SNC) y antipsicóticos.

Residentes con patologías médicas

Referente a las patologías médicas, existe un total de 970 residentes diagnosticados, cifra que corresponde al 14.2% del universo total. Este perfil de residentes se encuentra concentrado en centros pertenecientes a las regiones de Valparaíso (116 residentes con algún diagnóstico médico), Metropolitana (389 residentes) y Libertador Bernardo O'Higgins (155), los que representan el 68.6% del universo total. Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 52% de los centros (125). De ellos, el 55.2% no cuentan con mecanismos de transporte para los residentes y el 83.9% que cuenta con este medio, no mantiene cobertura de manera permanente (47 [n=56]). Por otra parte, el 44.8% de estos centros no cuenta con profesionales ni técnicos del área de salud -médico o enfermero- como encargado de esta área al interior de tales residencias. Sumado a esto, el 91.2% de los centros que mantiene residentes con alguna patología médica no cuenta con personal especializado -con formación técnica o universitaria en el área de la salud- para el cuidado permanente de tales residentes (24/7).

Respecto de la población con este pérfil clínico, cabe hacer presente que 953 de ellos presentan una enfermedad crónica, lo corresponde al 13.9% del total de residentes (concentrados principalmente en 9 centros de la Región de Valparaíso y la Región Metropolitana, las que acumulan el 80.5% del total de residentes en esta condición médica).

De los centros que cuentan con residentes en condición crónica, el 50.5% no cuenta con un mecanismo de traslado institucional, en el 58% de los centros el encargado de salud no tiene formación profesional ni técnica; y, el 19% no cuenta con un funcionario encargado de salud. Por otra parte, en el 80.9% de los centros la administración de medicamentos es cumplida por personal sin formación profesional o técnica en tal área; por lo que tal función es llevada a cabo por un ETD, principalmente en jornada nocturna. Por otra parte, el 43.8% de los centros no cuenta con el mínimo de educadores de trato directo requeridos para su funcionamiento y el 45.7% no mantienen los protocolos mínimos exigidos. De igual forma, el resto de los centros que si cuenta con tales documentos, un 64.9% de estos no cuenta con actas de notificación para el personal, no pudiendo asegurar el cabal conocimiento de los mismos. Esto implica que

CIPER



el 80.9% de los centros incumple en algún sentido este requerimiento establecido para el funcionamiento residencial.

Al respecto, se debe señalar que 28 de estos residentes se reportaron en estado terminal y/o en eventual riesgo vital a nivel nacional, lo que corresponde al 0.4% de la población total de residentes, distribuidos en 9 centros concentrados principalmente en la Región Metropolitana. Por otra parte, estos 9 centros (5 centros para población con discapacidad, 2 centros para atención de población adolescente, 1 centro de lactantes y preescolares y un CREAD) mantienen el cuidado de 826 residentes [364 con enfermedades psiquiátricas y 387 con patologías médicas y 711 en condición de discapacidad). Cabe hacer presente que, aún con el perfil clínico de estos 9 centros, 3 de ellos no cuentan con un mecanismo de traslado propio; y, de los centros que mantienen tal medio, ninguno cuenta con este servicio durante la jornada nocturna. Por otra parte, dos de los centros no cuentan con protocolo de administración de medicamentes y la labor de suministro de medicamentos, en 4 de los centros, la ejerce un ETD. En jornada nocturna, en tanto, son 5 centros donde esta labor la ejerce un ETD. En este mismo aspecto, en 7 de los 9 centros, el encargado de salud corresponde a un profesional universitario o técnico en el área de la salud y 6 de estos no cuentan con personal profesional especializado ni la infraestructura necesaria para el cuidado permanente de residentes con este perfil clínico.

En otro aspecto, 7 de los 9 centros no cuentan con mecanismos de reemplazo frente a inasistencias no programadas, por lo que los centros recurren al mismo personal para realizar los reemplazos, 5 de las residencias no cumplen con los protocolos mínimos exigidos por Sename para el funcionamiento residencial, y, en particular, 4 de ellas, no cuentan con protocolos de sujeción. Por otro lado, 8 de las 9 residencias no cumplen con el perfil profesional exigido; y, en particular 4 de ellas no cumple con el mínimo de ETD para su funcionamiento residencial. Pese a estas falencias, los 9 centros son supervisados de manera regular por parte del Sename (mensualmente) y del Tribunal de Familia (semestralmente) sin que se reporten modificaciones a estas observaciones, perpetuando dinámicas funcionales que eventualmente pueden incidir en escenarios de riesgo para la integridad de los residentes, máxime, cuando tales centros albergan residentes con un alto compromiso de salud.

Residentes con discapacidad

Con relación a este punto, a nivel nacional existe un universo total de 1358 residentes con algún grado de discapacidad, equivalente al 18.3 % del total de la población. Sujetos con esta condición clínica, se concentran principalmente en las regiones Metropolitana (786 casos), Biobío (115 casos) y Valparaíso (116 casos). Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con esta condición médica, se

CIPER

encuentra distribuida en un 36.2% de los centros (87), 77 de ellos pertenecientes a organismos colaboradores acreditados. De estos centros, un 50.5% (44) no cuenta con un mecanismo de traslado y, solo 2 de los centros que mantienen este medio de transporte, cuentan con un servicio en jornada diurna y nocturna (24/7). Cabe hacer presente, que del total de centros que atienden a población con algún grado de discapacidad, sólo 16 de ellos funcionan bajo una modalidad residencial convenida por Sename para la atención de NNA con este perfil clínico, esto implica que un porcentaje importante de la población discapacitada que se encuentra bajo responsabilidad de Sename no cuente con las condiciones residenciales mínimas para asegurar una atención adecuada a las necesidades que presenta este tipo de población. En este sentido, se estableció que el 10.3% de las residencias no maneja protocolos de suministro de medicamentos, el 63.2% de los centros no cuenta con un profesional -universitario o técnico- encargado de esta labor; porcentaje que aumenta al 81.6% durante la jornada nocturna. En este mismo sentido el 55.1% de los centros no dispone de un encargado de salud con la formación requerida y otro 15% no cuenta con la designación de un encargado en esta área. Por otra parte, el 39% no mantiene los protocolos mínimos requeridos por Sename para el funcionamiento residencial, en tanto, 32 centros -de 51 que cumplen con este requerimiento- no disponen de la debida acta de notificación que permita verificar el conocimiento de los señalados protocolos por parte del personal.

En otro aspecto, 69 de estos centros no cumplen con el perfil profesional requerido por Sename para el funcionamiento residencial; y, 36 de ellos, no cumplen con la cantidad mínima de ETD exigida para desarrollar su actividad. Estas falencias son advertidas de manera regular por parte del Sename (mensualmente) y del Tribunal de Familia (semestralmente), sin que se reporten modificaciones o cambios funcionales, perpetuando dinámicas que pueden eventualmente constituir un riesgo para la integridad de los residentes. Al respecto, conforme se señaló en párrafos anteriores, un porcentaje significativo de centros no cuenta con el personal profesional para el cuidado especializado permanente de esta población en particular, contraviniendo lo indicado en las orientaciones técnicas para cada modalidad residencial; en tanto, aun cuando sujetos con este perfil clínico sean admitidos e ingresados al sistema, la residencia tiene la obligación de implementar las condiciones necesarias para su debida protección y atención.

Respecto de este aspecto, en particular, el Informe Plan Diagnóstico Nacional de la situación de salud de personas en residencias de protección del Servicio Nacional de Menores, Informe de resultados y Plan de Trabajo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Atención Primaria y Dirección General de Redes Asistenciales (DIGERA [Ministerio de Salud, 2016]), reporta problemas de salud para el 61.7% de la población residente en modalidad RDD-RDG, en tanto, para el resto de las modalidades

CIPER

el porcentaje de residentes con problemas de salud correspondió al 27%. Del total de NNA evaluados (33% para NNA provenientes de CREAD y 27% para NNA provenientes de OCA). el 67.4% de los NNA evaluados se reporta sin problemas de salud. Por su parte, conforme al Anuario Estadístico Institucional de Sename se consignó que, para el año 2012, tanto en centros de administración directa como de organismos colabradores acreditados, había un total de 2091 residentes con algún grado de discapacidad, el año 2013 hubo un total de 1842 residentes en esta condición, en el año 2014 se registraron 1801, el año 2015 se registraron 1995 casos y el año 2016 se registró un total de 1256 casos dentro del sistema residencial.

8. No se encuentra implementada una red de atención de salud prioritaria para los residentes que se encuentran bajo la línea de acción proteccional del Sename.

Se estableció que un 85.4% recurre al sistema público para la atención de salud de los residentes, en tanto que el 13.7% de los centros recurre tanto al servicio público como privado. En este sentido, se reporta, por parte de los directores y personal de los centros, mantener una nula o escasa inter-relación institucional -entre los centros de Sename y el servicio de salud público- que permita dar respuesta inmediata a los requerimientos en el área de la salud por parte de los residentes. En virtud a ello, los NNA deben recurrir a diferentes establecimientos de salud hospitalario de la red pública, existentes en el territorio en el cual se encuentran emplazados; donde, las atenciones médicas -cualquiera sea su naturaleza- dependen de la disponibilidad de horas médicas existentes. Lo anterior, contraviene lo señalado en los estándares mínimos de calidad para la atención residencial requeridos por Sename, en el que se especifica que la intervención residencial debe cautelar la seguridad física y emocional de los residentes y atender a sus necesidades integrales del desarrollo.

Este diagnóstico fue igualmente reportado en el Boletín N° 2 confeccionado en el marco del "Proyecto de levantamiento y unificación de la información de niños/as en el sistema residencial" (Bascuñán, 2013), quien advierte que, como solución a la atención a salud mental de los residentes, estos deben acudir a los centros médicos privados y no al sistema público de salud, evidenciando con ello, las precarias condiciones de salud por parte de los NNA dependientes del Sename y el deficiente acceso al sistema de la salud de los residentes, detectados en el marco de la presente investigación. De la misma forma, el Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red Sename y Privadas del Poder Judicial (2016), reportó que existe una escases de horas de atención en el sistema de salud mental público, lo que ha llevado a tener que privatizar algunas atenciones debido a su gravedad; junto a ello, también se detectó una falta de coordinación entre las residencias y los dispositivos de atención primarios y secundarios, lo que se materializa en la falta de atención rápida y oportuna,

CIPER



incluso en casos de urgencia. Estos antecedentes son de igual forma asumidos por el Ministerio de Justicia, desde donde se afirmó que la brecha asistencial para problemas de salud mental en la Red SENAME asciende a 88.9% (Matus, Rivera & Leiva, 2017)[32]

Por otra parte, la desvinculación con el sistema de salud reportada en la presente investigación es -de igual forma- señalada por el INDH (2017), el cual, aludiendo a reportes previos (Benjet, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2013; Warren, 1999), indica que los NNA que residen en centros de la red de protección del Sename deben tener acceso al sistema de atención público de salud mental, dada la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población y su mayor riesgo de enfrentar este tipo de trastornos dadas las situaciones vitales vivenciadas por estos. Lo cual es coincidente con los altos indicadores en patologías de salud mental presente en la población de residentes que también fueron levantados en la presente investigación.



[32] Fuente: http://www2.latercera.com/noticia/sename-deficit-atencion-salud-mental-ninos-vulnerados-llega-89/#



Aspectos funcionales de las residencias

9. Un número importante de centros funciona sin contar con los protocolos mínimos establecidos por Sename para el funcionamiento residencia, así como tampoco con personal informado respecto de su contenido, generando espacios de alto riesgo para los NNA, frente eventos críticos

Durante la presente investigación, se identificaron un conjunto de procedimientos estándar, desarrollados por Sename que regulan los distintos aspectos referidos al funcionamiento interno en cada una de las residencias, de los cuales, dependiendo del tipo de institución, se establecen como requisito para el funcionamiento mínimo de las mismas. De esta manera para las instituciones de administración directa, se constató la existencia de un total de 65 protocolos, 40 de ellos, para el funcionamiento de residencias en la modalidad CREAD y 25 para el área de Justicia Juvenil (CIP-CRC). En los centros administrados por organismos colaboradores de Sename, en tanto, dichos protocolos se encuentran sistematizados en el documento denominado Protocolos de Actuación para las residencias de protección de la red de organismos colaboradores acreditados de Sename, el cual contiene una cantidad de 11 protocolos mínimos que regulan el funcionamiento interno de cada una de las residencias.

A partir de lo anterior, durante proceso de levantamiento de información, se estableció que el 44.5% de los centros no mantiene los protocolos mínimos requeridos por Sename para el funcionamiento residencial (107 centros). Por su parte se estableció que el 100% de los centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC), mantiene tales documentos en sus dependencias. Por otra parte, el 50.7% de los centros pertenecientes a organismos colaboradores acreditados no cumple con esta exigencia mínima de funcionamiento.

Al analizar las regiones cuyos centros incumplen con la existencia de protocolos mínimos para su funcionamiento se estableció que, en la Región de la Araucanía el 83.3% de los centros no cuenta con los protocolos mínimos para su funcionamiento (15 residencias), en Los Lagos, este porcentaje de incumplimiento alcanza 78.9% (15 residencias) y en Los Ríos, el 77.8% (7 residencias). Respecto del cumplimiento de esta formalidad desglosado por modalidad residencial, se estableció que el 43.7% de las residencias bajo la modalidad de atención para población lactante y preescolar no cumple con los protocolos mínimos para su funcionamiento; y, para los centros que funcionan bajo la modalidad de atención a población discapacitada este incumplimiento alcanza al 50%. La carencia de estos protocolos, como se pudo desarrollar en el párrafo anterior, resulta especialmente compleja, dado el perfil vulnerable de los residentes albergados en tales centros.

CIPER

Por otra parte, se estableció que el 72.9% de las residencias no cuentan con protocolos de prevención de conductas suicidas y el 76.7% no cuenta con Protocolos de Contención o Sujeción, los cuales forman parte del protocolo de manejo de crisis. En este aspecto, se pesquisó la inexistencia de determinados protocolos, que, dada la experiencia acumulada dentro de la investigación realizada por la Fuerza de Tarea Sename, se consideró relevante para su análisis; y, si bien no constituyen un requerimiento de Sename para el funcionamiento residencial, se estimó necesario establecer su existencia y conocimiento por parte del personal del centro frente a tales materias. Este es el caso de los protocolos de alimentación, inexistente en el 66.3% de la totalidad de las residencias (159 centros); y, en particular, en el 71% de las modalidades residenciales que atienden a lactantes y pre escolares, lo cual resulta fundamental para el correcto cuidado y alimentación de los niños en periodo de lactancia y primera infancia. Junto a ello, el 72.1% de los centros no cuenta con protocolos de fallecimiento, el 79.6% no mantiene protocolos sobre cuidado y manejo de NNA con enfermedades complejas, en tanto, que el 8.3 % del total de las residencias (20 centros), no cuenta con protocolo de administración y/o suministro de medicamentos.

Cabe señalar que, aun cuando un porcentaje significativo de centros mantiene los protocolos básicos para el funcionamiento residencial exigidos por Sename, la información levantada desde las residencias y reportadas por los informantes claves entrevistados da cuenta que estos fueron homologados recientemente en el año 2016, con posterioridad a la mediatización de una serie de fallecimientos de NNA al interior de residencias dependientes del Sename. En este contexto, un número importante de protocolos fueron actualizados y distribuidos por ese servicio. Pese a ello, estos resultan ambiguos e imprecisos para una respuesta concreta y delimitada por parte del personal actuante, sobre todo en aquellos imprevistos o emergencias que se suscitan fuera del horario de trabajo del personal directivo y/o administrativo; y, en especial frente a aquellas situaciones que comprometen la integridad o salud de los residentes.

Por otra parte, es importante mencionar que, las residencias -en su mayoría- adoptaron a modo de protocolo la Circular Nº 4 de fecha 23.JUN.2016, enviada por Sename, sin embargo, este documento solo imparte directrices respecto de la obligatoriedad de denunciar.

Junto a lo anterior, los hallazgos obtenidos dan cuenta de una dificultad importante en la divulgación de los protocolos entre los funcionarios de las residencias. Esto, toda vez que son comunicados de forma verbal en reuniones informativas sin la existencia de un acta o un mecanismo formal de notificación, lo cual ocurre en el 70% de los centros (169 residencias). Este contexto no permite asegurar un conocimiento acabado de las actuaciones dispuestas en cada uno de los protocolos que tienen por

CIPER



finalidad regular la actuación de los funcionarios de las residencias frente a determinados imprevistos o situaciones críticas. Por otra parte, sumado al bajo porcentaje de centros que habían notificado a sus funcionarios de los protocolos, investigaciones anteriores han reportado que la adherencia a protocolos institucionales es significativamente menor al porcentaje de personal que se encuentra en conocimiento de ellos (Konijnendijk, Boere-boonekamp, Fleuren, Haasnoot, & Need, 2016 [en INDH, 2017]).

10. Los centros residenciales evidencian un persistente y sistemático proceso de deserciones por parte de los NNA, situación que es normalizada por las instituciones

De acuerdo al periodo contemplado en la siguiente investigación, se estableció que del total de los centros que operan bajo la línea proteccional (CREAD y OCA), el 62.9% de ellos, ha registrado casos de residentes que han abandonado el sistema (deserciones y/o abandonos). Este porcentaje aumenta al 76.2% cuando se excluye -del total de centros- a aquellos que funcionan bajo la modalidad de atención a población lactante y preescolar (35 centros) y los centros que de atención a población discapacitada (16 centros), cuyo perfil de los residentes hace improbable que se registre este tipo de situaciones.

Por otra parte, al desglosar esta variable por el tipo de institución, se estableció que el 90.9% de los CREAD ha presentado abandonos del sistema por parte de sus residentes (10 de 11), no obstante, cabe hacer presente que el CREAD que no presenta fugas, corresponde a un centro cuyo perfil de residentes se encuentra en el grupo etario que va desde los 0 a los 6 años, situación que permite explicar la ausencia de deserciones en dicho centro. Por su parte, 129 centros colaboradores -de los 163 que atienden a población adolescente- presentan deserciones, lo cual equivale al 79.2% del total de centros en esta modalidad.

Por otra parte, al momento de realizar el trabajo de campo, 68 centros presentaban situaciones de abandono del sistema residencial vigente por parte de alguno de los NNA, encontrándose 250 de ellos -al momento de la investigación- en situación de abandono del sistema, ya sea por fuga del centro o por no haber regresado luego de una salida autorizada o rutinaria. Estos corresponden en un 50.8% (127) a centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) y un 49.2% (123) corresponde a centros pertenecientes a organismos colaboradores. Al analizar esta variable por modalidad residencial se estableció que el 50.4% se concentra en los CREAD (126 casos), seguido de los organismos colaboradores acreditados dedicados al cuidado de población adolescente con un 48.4% de los abandonos vigentes (121 casos). Los porcentajes de mayor deserción vigente del sistema se concentran en la Región del Biobío (67 casos [26.8%]), Región Metropolitana (56 casos [22.4%]) y la Región de Valparaíso (43 casos [17.2%]).

CIPER

Las situaciones de deserción y abandono, de acuerdo a lo reportado por los funcionarios de las residencias, se originan -presumiblemente- ante una dificultad de adaptación por parte de los residentes al régimen proteccional, implicando la negativa de estos de retornar al centro después de alguna salida, o realizando una salida no autorizada por parte de los usuarios, situación que puede darse en algunos casos con relativa cronicidad.

Lo anterior debiese implicar el desarrollo de diversas estrategias por parte de los equipos de intervención en las residencias, a fin de prevenir las situaciones de deserción, identificando los motivos y cronicidad de los mismos, encontrándose estos contemplados en el punto N° 21.4 de la definición de estándares mínimos para el funcionamiento de las residencias así como en el documento "Protocolos de Actuación para las residencias de Protección de la Red de Instituciones Colaboradoras de Sename", calificándose estos episodios como eventos críticos, los cuales deben comunicarse a las autoridades pertinentes en un plazo inmediato, así como también registrando todas las acciones emprendidas por parte de la residencia.

11. En la mayoría de los centros existen registros (develaciones, denuncias y circulares [2308/2309]) que dan cuenta de posibles vulneraciones a los derechos humanos de los NNA residentes

Los resultados dan cuenta que, en el 88.3% de las residencias existen registros (develaciones de NNA, denuncias y/o circulares [2308/2309]) que dan cuenta de eventuales vulneraciones contra los derechos de los NNA durante su estadía residencial. En estas 206 residencias se levantó información de 2 mil 71 eventuales vulneraciones (ocurridas en gran parte durante el año 2017)[33], 432 de ellas, corresponden a maltratos por parte de adultos del centro (28.5%), estos se concentran en las modalidades CIP-CRC (127 [29.4% de los maltratos]), CREAD (105 [24.3% de los maltratos]) y centros que atienden a población adolescentes (137 [31.7%]). En este mismo aspecto se levantó el registro de 1265 maltratos entre pares (61.4% de los maltratos), los que se concentran en las modalidades CIP-CRC (813 [64.3%]) y CREAD (170 [13.4%]). Es decir, los centros de administración directa (CIP-CRC y CREAD) acumulan el 79.7% de los

[33] De acuerdo a los antecedentes obtenidos de registros, principalmente, que datan del año 2017 (información de las propias residencias [registros de circulares 2308/2309 y declaraciones al personal en cada de unos de los centros] contrastada con la base de datos del Ministerio Público y las denuncias informadas por el INDH). De esta forma, la información obtenida, refiere principalmente, a las situaciones registradas el año 2017, no obstante, en los casos que fue posible obtener información de mayor data esta se recogió e informó en la pauta que corresponde a cada centro, consignando el año de ocurrencia del tal hecho. Esta diferencia en la recogida de información se generó, principalmente, porque los directores de los centros -en su mayoría- manifestaron no contar con información de años anteriores.

CIPER



maltratos entre pares. Los centros que atienden población adolescente, por su parte, acumulan un 20.9% de los maltratos entre pares (265 casos).

De esta manera se puede establecer que el 53,7 % de los maltratos cometidos por adultos hacia los residentes se registraron en aquellas residencias administradas directamente por Sename, las cuales, como se informó anteriormente, cumplirían en un 100% con el requisito de mantener protocolos mínimos de funcionamiento. Sin embargo, al indagar respecto del contenido de dichos protocolos -considerando la realidad de este tipo de residencias- se pudo establecer que, en el caso de 19 de las 29 residencias de administración directa, no contaban con protocolos específicos de contención y sujeción y 14 de ellas no contaban con la debida acta mediante el cual pudieran acreditar que los funcionarios se encontraran en conocimiento de los protocolos mínimos de funcionamiento. Asimismo, 19 de ellas, aun cuando mantenían instancias de formación interna, no contaban con procesos de capacitación calendarizados ni programados anualmente. Lo anterior, podría sugerir que tales maltratos, presuntamente cometidos por parte de adultos del centro hacia niños y jóvenes de las residencias, podrían estar asociados a una implementación negligente de los procedimientos técnicos vinculados a la contención y sujeción de los mismos, los que se desarrollarían con escaso control y conocimiento, situación que estaría siendo invisibilizada en los procesos de supervisión realizados por Sename y el Tribunal de Familia en tales residencias.

Además, se levantó información respecto de 53 hechos consignados como maltratos realizados por parte de familiares hacia los residentes (durante el periodo de estadía en el centro del NNA [2.6% de los maltratos]), los que se concentran mayoritariamente en los centros colaboradores que albergan población adolescente.

Por otra parte, se reportó información de 123 actos abusivos de connotación sexual cometido por adultos (intra/extra residencial), lo que corresponde al 6% del total de maltratos levantados (n=2071); de estos, el 74.8% afecta a residentes de centros colaboradores para adolescentes. Por su parte 21 casos afectaron a residentes de CREAD (17%). En este mismo aspecto, se reportó 187 actos abusivos de connotación sexual cometido por pares (intra-residencial), esta cantidad representa un 9.1% del total de maltrato (n=2071), lo cuales se concentran mayoritariamente en centros adolescentes de organismos colaboradores (62%), por su parte los CREAD y CIP-CRC acumulan el 29.9%, en tanto que los centros que atienden a población especialmente vulnerable (lactantes y preescolares y centros para población con discapacidad) suman un 8% del total de abusos.

Se destaca además que, del total de develaciones y/o registros de maltratos ocurridos al interior de los centros (2071 [maltratos por adultos del centro, maltrato entre pares, abuso sexual por adultos y abuso sexual entre pares]), se levantó información

CIPER

respecto de 1761 denuncias (85% de los casos) y de 861 medidas administrativas contra algún funcionario del centro (41%). En este mismo aspecto, se debe señalar que los centros que atienden a población discapacitada presentan un mayor número de denuncias frente a los registros de maltrato, pero el más bajo porcentaje de medidas adoptadas contra los funcionarios (16% de las denuncias realizadas fueron acompañadas de medidas disciplinarias), en tanto que en los CREAD, el 42% de las denuncias terminaron con alguna sanción o medida administrativa, en los CIP-CRC el porcentaje de denuncias alcanza el 51.6%. y en los centros que atienden a población discapacitada este porcentaje llegó solo al 16.9% de los casos denunciados.

Esta situación de maltrato intra-residencial, ha sido reportada anteriormente en estudios en como los informes Sename I y Sename II, donde se indica que el maltrato de NNA dependientes del Sename ha sido una práctica extendida, habitual y normalizada, bajo la forma de procedimientos de contención, lo que implicaría una flagrante violación a las garantías constitucionales y los derechos fundamentales de la persona humana, lo cual hace imprescindible la adopción urgente de medidas de solución y reparación. Por su parte, el Informe del INDH levantó información que indicaba que 8 de cada 10 niños señalaron ser objeto de castigo durante el último año (12.2% maltrato físico leve y 5.9% maltrato físico grave) y un 12.3% declaró haber sido víctima de contenciones físicas con características las que, tal organismo definición como “parecen no ajustarse del todo a los protocolos del Sename. En este sentido, el mismo informe señala que un 6.8% de los niños entrevistados señaló haber sido víctima de algún acto de connotación sexual. Los abusos fueron descritos como *tocaciones* en las partes íntimas (55.3%), voyerismo (16.7%) e insinuaciones de carácter sexual (16 %), de las cuales un 6.8% fue imputada a un adulto del centro.

El registro de estas vulneraciones, algunas de ellas bajo la forma de disciplinamiento y castigo, contravienen lo indicado en el Art. 34 de la CDN, que rechaza toda tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes contra la infancia. En tal sentido, el mismo cuerpo normativo establece el deber de proteger a niños y niñas contra cualquier forma de maltrato por parte de los adultos a su cargo, sean ellos sus padres o sus cuidadores, cuando la tutela del niño se encuentre en manos del Estado (Art. 19). Junto a ello, en Chile, con fecha 6 de junio de 2017 se promulgó la Ley N° 21.013 que tipifica el delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial, prohibiendo toda forma de maltrato en el ámbito extra familiar respecto de quienes se mantiene su custodia y/o resguardo.

Cabe señalar que, en lo que refiere a este ítem; y, en particular, a la posible identificación de hechos constitutivos de actos de transgresión contra los derechos de los NNA, se estableció que en 88 residencias (de un total de 240 investigadas), existe una

CIPER



diferencia estadística entre el total de eventos registrados (develaciones de NNA, sumarios, investigaciones internas, circulares [2308/2309]) y la cantidad de hechos que finalmente fueron denunciados. Dada la relevancia de la información, y ante la posible existencia de hechos constitutivos de delitos no denunciados, estos antecedentes fueron puestos en conocimiento de la fiscalía mediante informe policial N° 00131 elaborado con fecha 04 de julio del año 2018 de la Fuerza de Tarea Sename, documento en el que se entregó de forma pormenorizada aquellos centros en los cuales se registró tal situación, con la finalidad que el Ministerio Público instruyera la investigación de tales antecedentes y/o adoptara las medidas que estimare pertinentes.

CIPER

Recursos Humanos

12. Las residencias cuentan con una cantidad de funcionarios, en algunos casos mayor a la comprometida. No obstante, un porcentaje significativo no cumple con el perfil mínimo requerido para su funcionamiento.

Se observa que la cantidad de personal comprometido considerando la totalidad de las residencias corresponde a una población de trabajadores equivalente 7957 funcionarios. De la información levantada durante la investigación, se estableció la existencia de 8113 funcionarios, lo que supera en 1.96% la cantidad de trabajadores mínima que debería existir a nivel nacional. Se estableció que en 37 centros no cuentan con el personal mínimo para su funcionamiento. Por otra parte, cabe hacer presente que el cumplimiento cuantitativo de los funcionarios comprometidos (total de personal que labora en un centro), no asegura el estándar mínimo del perfil profesional requerido para la atención residencial, en tanto, esta mínima exigencia responde a la necesidad de cada centro según su modalidad; y, por tanto, la exigencia de contar con determinados perfiles profesionales. De esta forma, la cantidad de funcionarios en cada residencia no asegura un estándar mínimo de calidad en la atención residencial, en tanto, este estándar está asociado al perfil profesional requerido para cada una de las modalidades en particular conforme al perfil y de los residentes y la necesidad de prestar una atención profesional focalizada a la población de usuarios para la cual se encuentra diseñada tal modalidad residencial. Así, al analizar la existencia de los perfiles profesionales requeridos para el funcionamiento residencial para las distintas modalidades se estableció que el 82.9% de los centros no cumple con el perfil profesional mínimo para su funcionamiento (199 residencias). Esta carencia de personal con el perfil profesional exigido, resulta de especial relevancia en aquellas modalidades residenciales dedicadas a la atención de población con patologías médicas, discapacidad y/o población lactante y preescolar. De hecho, son las propias orientaciones técnicas de Sename que señalan que todo funcionario de un centro debería ser parte de un proceso de preselección y de selección que incluya la revisión de competencias curriculares, una entrevista personal y una entrevista psicológica en concordancia con el perfil requerido dentro de los lineamientos técnicos para cada modalidad. Tal carencia profesional fue advertida por la Contraloría General de la República (2015) quien evidenció el funcionamiento de residencias proteccionales con personal ETD que no cumplía con los requisitos académicos, ni la experiencia laboral para desempañar tal labor, así como tampoco con experiencia en atención de graves vulneraciones en derechos de la infancia y adolescencia.

Por otra parte, los estándares mínimos de personal exigidos responden a una población de usuarios con un perfil definido, el cual en su mayoría no es respetado para el ingreso de residentes al centro. En tanto, según lo expuesto previamente, existe un alto

CIPER

porcentaje de población con perfil clínico ingresada en modalidades residenciales que -de acuerdo a la exigencia mínima de personal- no cuentan con profesionales especializados para el cuidado y manejo de esta población en particular. De todas formas, los estándares mínimos de calidad para la atención residencial establecidos por Sename, son claros en señalar dentro de los resultados esperados (N° 30) que "el personal del centro debe ser suficiente en cuanto a número, experiencia y calificaciones para atender a las necesidades de los niños/as y adolescentes"*;* y. que, por tanto, debe contar "con suficiente personal durante el día y la noche equivalente al mínimo exigido o superior a ello." (Sename, 2012 [p. 27]).

Otro aspecto fundamental lo constituyó establecer la cantidad de Educadores de Trato Directo con relación a la cantidad de residentes de los cuales estaba a cargo durante su turno. En tal sentido se estableció que el 35% de los centros no cuenta con el personal mínimo de ETD para su funcionamiento. Por otra parte, cabe hacer presente que del 65% restante, un número importante de centros cuenta con población con perfil clínico; y, dentro de este perfil clínico, el mayor número de casos corresponde a población psiquiátrica con constantes desajustes conductuales, por lo que el personal mínimo exigido para el funcionamiento residencial no responde -en su mayoría- a centros con esta población de residentes, en tanto, no se encuentran dentro del perfil de sujetos de atención. Estos indicadores resultan de especial relevancia considerando que los ETD son las figuras que mantienen contacto directo con los residentes, debiendo implementar en la mayoría de los casos los procesos de intervención diseñados para la intervención de la población atendida. Sumado a ello, es pertinente señalar que durante el levantamiento de información se obtuvo información cualitativa que da cuenta de la polifuncionalidad del cargo ETD, debiendo desempeñar funciones asociadas al mantenimiento de la residencia, aseos y ornato de las dependencias; y, en general funciones que desvían su atención de la intervención directa con los residentes. Así, la información levantada resulta concordante con lo establecido por la Contraloría General de la República (2018), que evidenció la existencia de hogares proteccionales en funcionamiento sin contar con la cantidad mínima requerida de ETD dentro de los sistemas de turnos en consideración a la cantidad de residentes, en razón de los requerimientos de atención diurna y nocturna.

13. Un porcentaje significativo de centros no cuenta con mecanismos de reemplazo frente a la ausencia no programada de funcionarios, por lo que son los trabajadores del propio centro quienes deben suplir tales ausencias, mermando la calidad de su atención con los NNA ante las extensas jornadas de trabajo.

Se estableció que del total de centros visitados el 48.7% de estos no cuentan con mecanismos explícitos de reemplazo frente a ausencia no programada de funcionarios, realizando los reemplazos con el mismo personal que trabaja en el centro, incumpliendo

CIPER

-con ello- lo indicado en las orientaciones técnicas, en específico lo que dice relación con que "la residencia debe tener un Plan de Contingencia ante ausencias, licencias médicas, suplencias, etcétera, el cual debe ser conocido y ejercido a cabalidad […], *por lo que, en caso de necesidad de contratar funcionarios de reemplazo, es deseable que el proceso no sobrepase un mes desde la notificación o desvinculación del trabajador/a (si ésta es inmediata)"* (Sename, 2016b [p. 53]).

Por otra parte, aunque el 51% de los centros mantiene un mecanismo de respuesta frente a eventualidades del personal, el centro acude -en estos casos- a trabajadores a honorarios, cuestión que, de igual forma, no permite asegurar una cobertura en un tiempo inmediato. Ello, no es menor considerando que el estudio realizado por INDH encontró que el 19.3% de los trabajadores entrevistados declaró haber presentado una licencia médica (entre 1 y 28 días).

En relación con estos mecanismos, una situación que resulta especialmente compleja, está dada por aquellos 37 centros que no cuentan con la cantidad mínima de funcionarios para su funcionamiento, pese a que atienden a un total de 606 niños, en 18 de estas 37 residencias (48.6%), no mantienen un mecanismo de reemplazo frente a las ausencias. Junto a ello, es pertinente señalar que un porcentaje significativo de centros que atienden a población discapacitada y de centros que atienden a preescolares y lactantes no cuentan con mecanismos de reemplazo explícitos (62.5% y 48.5% respectivamente). Por otro lado, al revisar esta variable en aquellos centros que cuentan con residentes con perfil clínico (n=230), se estableció que el 48.6% no cuenta con mecanismos de reemplazo protocolizados.

14. Los centros no cuentan con procesos de capacitación calendarizada para los funcionarios de trato directo con los NNA, situación que conlleva el despliegue de dinámicas que pueden poner en riesgo la calidad de la intervención desarrollada hacia los residentes.

Del total de las residencias visitadas se estableció que, el 83% de los centros, no cuentan con un programa de capacitación explícito ni calendarizado de acuerdo a lo dispuesto en los lineamientos técnicos de mejora continua para los funcionarios de la residencia, que señala explícitamente:

> Es relevante además organizar procesos de capacitación interna y acompañamiento sistemático por parte de los/as profesionales del proyecto a la labor de los(as) educadores(as)/cuidadores(as) (esto último, traducido en apoyo, orientación, interacción cotidiana y otras acciones de acompañamiento dentro de las rutinas diarias). En ese sentido, se deberá desarrollar un plan de capacitación permanente, que considere la

CIPER

> relevancia del rol del cuidador(a)/educador(a) en el proceso de reparación y restitución de derechos de los niños, niñas y adolescentes. (Sename, 2016b [p. 53])

No obstante, lo anterior, esto -no necesariamente- implica la ausencia de capacitaciones, en tanto, se levantó información que daba cuenta de la realización de charlas y jornadas de trabajo dedicadas a la difusión y socialización de directrices, en su mayoría a asociadas a primeros auxilios, comunicación efectiva y uso de extintores. Esta situación es develada anteriormente en el Informe del INDH (2017), donde se reporta que un 97.4% de los centros visitados había realizado actividades de capacitación a su personal durante el último año; sin embargo, se reconoce en tal documento que el porcentaje resulta "llamativo", dado que habitualmente se menciona la falta de capacitaciones como explicación a los problemas para poder mantener un adecuado trato a los niños y niñas, por lo que, a la luz de la información reunida por tal organismo y levantada desde los mismos trabajadores y trabajadoras de los centros, el porcentaje desciende al 60.4% (personal encuestado que afirmó haber recibido alguna capacitación durante los últimos 12 meses). De todas formas, conforme a lo levantado en el presente estudio, estos procesos de capacitación no se encuentran calendarizados ni cumplen a una línea temática definida. El mismo informe del INDH (2017), señala que la formación del personal en materia de violencia (durante los últimos 12 meses) es más bien escasa.

Al cruzar las variables relativas a centros con población psiquiátrica que no mantienen protocolos de contención y/o sujeción, ni protocolos de prevención de conducta suicida, se estableció que el 76% de los centros, que albergan un 2885 residentes, no cuenta a su vez con mecanismos de capacitación calendarizados que les permita suplir esta falencia estructural, pudiendo generar espacios de riesgo ante posibles escenarios críticos asociados a desajustes conductuales por parte de los residentes. Cabe hacer presente que en 82 de estos centros se levantó información que daba cuenta sobre posibles maltratos (develaciones, registros, archivos, circulares, denuncias). Por otra parte, en 46 de estos centros los maltratos fueron cometidos por parte de los propios adultos del centro hacia los niños, lo que podría explicarse a partir de la falta de competencias ante la carencia de protocolos y/o capacitaciones en tal ámbito. De ahí que sea el propio informe del INDH (2017), el que señala que la intervención frente a estas crisis conductuales es una respuesta a un síntoma de un problema multifactorial donde debe señalarse a lo menos la historia de vulneración del niño y niña, las condiciones del sistema residencial, los sistemas de acogimiento y principalmente el vínculo que el niño o niña establece con sus nuevos y temporales cuidadores, por lo que la capacitación para la contención de crisis solo permite "*atacar al efecto superficial pero no la causa de las expresiones agudas del malestar de los niños y niñas*".

Lo anterior, también es concordante con lo señalado en el denominado Informe Sename II, respecto de la capacitación otorgada a los funcionarios de las residenciales,

CIPER

para quienes se reporta no contaban con la capacitación adecuada, agregando que tal situación constituía un problema histórico grave, ante la falta de profesionales, personal técnico y administrativo competente, particularmente en el caso de los educadores de trato directo. Esta situación, de igual forma, es reportada en el INDH (2017), donde tan solo un 6.4% del personal encuestado reportó que tuvo una capacitación en el último año en manejo psicológico, un 4% en apego y estimulación temprana, un 3.2% en buen trato y relaciones entre pares, y un 3.2% en la administración de medicamentos. Por otra parte, las áreas con mayor número de menciones fueron prevención de riesgos (28.6%), intervención en crisis (15.2%), respeto y protección de grupos vulnerables (10.5%) y ambiente laboral y autocuidado (10.2%). Por su parte las capacitaciones de mayor mención para los ETD fueron prevención de riesgo (36.6%) e intervención en crisis (22.8%).

15. Existe una cobertura insuficiente de profesionales del área de la salud que no permite asegurar el cuidado adecuado de los residentes con perfil clínico

Los resultados evidencian que los funcionarios responsables de la salud de los residentes no cuentan con el nivel de formación ni cualificación requerida por Sename[34], necesaria para cubrir adecuadamente el cuidado de los residentes, en tanto, no poseen - en su mayoría-títulos profesionales ni técnicos afines; aun cuando, un número importante de centros presentan residentes con perfil clínico complejo**.** En tal sentido**,** se lo logró establecer que, de la totalidad de los centros, el 18% no mantiene encargado de salud y 40.4% de las residencias cuentan con encargados de salud que "mantienen formación en otras áreas o no mantienen formación ni técnica ni profesional en el área de salud". Solo un 38% de los centros mantienen como encargado de salud a un profesional o técnico formado en este campo. Lo anterior se traduce en que, un número importante de centros, no cuente con un encargado de salud competente en tal área. Y, en los casos en que así se registró, esta figura no se encuentra de manera permanente en el centro, atendiendo tal labor únicamente en horario laboral diurno. Por otra parte, cuando así ocurre, en la mayoría de los centros, esa función es asumida -fuera de la jornada diurna- por las ETD que cumplen roles laborales nocturnos y/o los fines de semana.

Por otra parte, se estableció que, del total de centros visitados, el 66.3% de estos contaban con un educador de trato directo como encargado de la administración de los fármacos durante la jornada diurna, porcentaje que aumenta durante la jornada nocturna al 83.3%. Por otra parte, tan solo el 8.8% de las residencias cuentan con funcionarios con formación profesional en el área de la salud, encargados de la administración de

[34] Protocolos de Actuación para Residencias de Protección de la Red de Organismos Colaboradores de Sename. Departamento de Protección y restitución de derecho. Sename (p. 16)

CIPER



medicamentos, en tanto que el 21% del total nacional cuentan con un funcionario con formación técnica en el área de la salud. Esta cifra aumenta al considerar las residencias que atienden a lactantes y preescolares (0 a 5 años, 11 meses y 29 días), donde alcanza a un 90% de las residencias de esta modalidad, en que el encargado de la administración de fármacos en jornada nocturna es un educador de trato directo sin la formación universitaria ni técnica en el área de la salud.

Al respecto, cabe hacer presente que los lineamientos técnicos dispuestos por el Servicio Nacional de Menores (2016) indican que:

> El personal de la residencia sólo administrará los medicamentos y otros tratamientos para enfermedades diagnosticadas, llevando riguroso registro y verificadores por escrito de ello y con autorización médica, de acuerdo a procedimientos escritos a cargo de personal idóneo. (p. 28)

El mismo texto citado agrega que una de las funciones de la educadoras de trato directo (ETD) podría ser que "El educador(a)/cuidador(a) formado en primeros auxilios estará a cargo de aplicar los protocolos de Salud y Administración de Medicamentos, en caso de ausencia del profesional de salud" (p. 28)**,** formación académica que en un porcentaje significativo de centros no es exigida para esta contratación, por cuanto las educadoras de trato directo (ETD) tienen un requisito de contratación mínima que sólo exige enseñanza media completa. En este sentido, las capacitaciones acreditadas en otras materias no forman parte del perfil de competencias exigido al momento de la contratación por parte de los centros, pese a que en el perfil de cargo señalado en las orientaciones técnicas se indica textualmente que los ETD que ingresan al sistema residencial "Deben contar con enseñanza media completa como mínimo, además de capacitación acreditada en temas atingentes a la atención de graves vulneraciones de derechos de niñez y adolescencia"(p. 63).

De acuerdo a lo establecido en la investigación, el 93.3% de las residencias del territorio nacional, equivalente a 224 centros, no cuenta con el personal profesional especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente (24/7). Respecto a las residencias que mantienen cuidado de lactantes y preescolares, (RLP PER), el 100% de sus centros no cuentan con el personal especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente. Cabe hacer presente, que esta dinámica de funcionamiento supone que no es requerido como estándar mínimo para su funcionamiento, la existencia de profesionales del área de la salud de manera permanente, en tanto, únicamente y dependiendo de la modalidad, se exige un profesional de la salud (Médico/a, Enfermero/a, de preferencia con especialidad en salud mental) o Médico Familiar, por al menos 8 a 10 horas mensuales. Disponibilidad que resulta insuficiente para las residencias, dado el alto número de residentes con perfil clínico y en especial con patología psiquiátrica.

CIPER

Infraestructura y Transporte

16. Los centros no cuentan con la infraestructura adecuada para el cuidado residencial de los casos clínicos identificados al interior de los centros.

Respecto a la infraestructura se estableció que, de la totalidad de los centros visitados, el 94% de las residencias de Sename no cuentan con las condiciones estructurales necesarias para el cuidado de residentes con perfil clínico y/o de casos complejos. Esta cifra aumenta al considerar los centros que atienden a lactantes y preescolares, evidenciando que un 97% de las residencias que mantienen niños menores a 6 años no cuentan con la infraestructura óptima para el manejo de casos complejos. Este porcentaje se relaciona directamente con la habilitación de enfermerías y dependencias especiales para su funcionamiento. En cuanto los requisitos estructurales mínimos para el funcionamiento residencial, estos no incluyen la necesidad de contar con enfermerías al interior de los centros, sin embargo, dado el perfil clínico de los residentes existentes en un porcentaje importante de los centros (96%), esta dependencia resulta imprescindible para prestar la cobertura médica necesaria y/o contar con la capacidad para otorgar una primera respuesta ante emergencias de esta naturaleza.

Por otra parte, se estableció que el 70.8% de los centros a nivel nacional, no dispone de sala de enfermería. Sumado a esto, cabe hacer presente que, aquellas residencias que informaron contar con enfermería, en su mayoría corresponden a salas habilitadas como tales, porcentaje que no necesariamente responde a centros que cuentan con aprobación y/o autorización sanitaria para el funcionamiento de una enfermería propiamente tal (conforme a la normativa sanitaria existente). Cabe señalar que en el informe de DD.HH. (2016), refiriéndose a la realidad de los centros de internación provisoria y régimen cerrado, advierte de la existencia de graves deficiencias en la infraestructura de los centros, situación que se logra visualizar en las demás modalidades en el marco del presente estudio, tanto a nivel de la infraestructura como de calificación del personal. Por su parte, la Contraloría General de la República (2018), advirtió en su informe la existencia de problemas de infraestructura, seguridad e higiene en varios de los centros visitados, panorama que se mantenía a la fecha de la visita de los miembros de la Comisión de la Cámara de Diputados para la confección del Informe Sename II (2017), comprobando que estas deficitarias condiciones sobre el estado y funcionamiento de los centros del Sename, *poco o nada había cambiado*.

CIPER



17. No existen las condiciones ni los medios de transporte mínimos para el traslado de residentes, dificultando su acceso a los servicios educacionales, de salud, justicia y emergencia.

Del total de centros visitados, se estableció que el 58.7% no cuentan con medio de transporte propio para el traslado de los residentes, por lo que la movilización de estos se realiza principalmente mediante mecanismos de locomoción pública independiente de la condición médica del sujeto a trasladar. Por otra parte, respecto de aquellos centros que cuentan con un mecanismo de traslado propio, sólo un 6.7% de ellos cuenta con tal servicio de manera permanente, Por otra parte, la totalidad de los centros de administración directa del Sename, aunque cuentan con un medio de transporte propio, sin embargo, este sólo se encuentra disponible en la jornada diurna y durante los días hábiles de la semana. Por otra parte, al analizar la variable en aquellos centros residenciales que entregan atención a lactantes y preescolares, se estableció que en el 81% de estos no existe un medio de transporte propio para el traslado de los niños y niñas.

Respecto a este ítem, la información levantada, es consistente con lo advertido por el Comité de los Derechos del Niño en virtud al informe presentado por Chile como Estado Parte, en razón del artículo N° 44 de la CIDH (Observaciones finales: Chile, CRC/C/CHL/CO/3, 23 de abril de 2007), declarando su preocupación respecto de la precariedad de las condiciones de vida de los niños en instituciones y específicamente la ausencia de recursos técnicos, financieros y humanos suficientes en los centros del país.

CIPER

Control y Supervisión

18. No existe un mecanismo de control externo al Sistema de Justicia, lo que propende a la mantención de prácticas funcionales que contravienen las normas y directrices existentes en torno al cuidado residencial de NNA.

Supervisión del Servicio Nacional de Menores

De acuerdo a los resultados obtenidos, se estableció que, de la totalidad de las residencias, el 88% recibe una supervisión periódica por parte de Sename, la que se lleva a cabo de manera mensual y en su mayoría, coordinada de manera previa (esto implica que el personal directivo sea avisado con antelación tanto de las visitas a realizar por parte del o la supervisora de la Dirección Regional del Sename como del contenido de las mismas). En virtud a lo anterior, se estableció que existen supervisiones que son llevadas a cabo durante la jornada diurna (en su mayoría de manera mensual) y en horario nocturno (con una periodicidad mayormente irregular que las realizadas en horario diurno). Respecto de este último tipo de supervisiones (nocturnas), los resultados de la investigación dan cuenta que en el 30.4% de las residencias existen supervisiones nocturnas de manera mensual, en el 18.5% son llevadas a cabo de manera bimestral, en el 19.6% de manera trimestral, en tanto que en un 5.4% no se realizan supervisiones durante la jornada nocturna. Por otra parte, se estableció que en las supervisiones diurnas se aborda el cumplimiento del correcto funcionamiento técnico y financiero. El funcionamiento técnico incluye la revisión de carpetas, planes y procesos de intervención y aspectos de la infraestructura, en tanto respecto del funcionamiento financiero, se revisa el cumplimiento de las intervenciones canceladas por el servicio, la ejecución de los gastos. Por otro lado, en las supervisiones nocturnas, en su mayoría realizadas de manera sorpresiva, se abordan aspectos relativos a las condiciones de habitabilidad de los niños, al cumplimiento de los turnos por parte de los funcionarios, así como las condiciones de seguridad y los medios existentes para dar respuesta a eventuales emergencias.

Cabe hacer presente que en las orientaciones técnicas dispuestas por Sename no se especifica la periodicidad con la que se debe efectuar cada una de estas supervisiones, indicando solamente los ámbitos a considerar en estas inspecciones. De acuerdo a lo anterior, en estos instructivos se requiere que la visita sea realizada por los supervisores técnicos, provenientes de las direcciones regionales en las cuales tienen asiento territorial cada uno de los centros ubicados a nivel nacional, explicitando que los ámbitos a considerar corresponden a los siguientes: 1) relativos a condiciones básicas para la atención e intervención, 2) gestión técnica y 3) planificación del proyecto.

CIPER

Supervisión del Tribunal de Familia

Por otra parte, respecto a la supervisión de Tribunales, los resultados obtenidos dan cuenta que, de la totalidad de las residencias en la línea proteccional, el 98.6% ha sido supervisado periódicamente por parte del Tribunal de Familia, cuyos ámbitos a revisar corresponden -de igual manera- a los ítems inspeccionados por Sename. De este porcentaje, el 78.3% de los centros son revisados de forma semestral por parte del Tribunal de Familia, el 14.4% son revisados de forma trimestral, en tanto que el resto de los centros son revisados de manera mensual (2 centros), anual (2 centros), bimestral (1) y bimensual (1).

Cabe señalar que la Ley 19.968, establece la periodicidad de la fiscalización de los Tribunales de Familia, indicando en el Art. 78 que esta no debe distanciarse por periodos superiores a los seis meses, constituyendo una falta disciplinaria grave el incumplimiento de tales supervisiones. En este sentido se identificó dos residencias donde el personal directivo de tales centros reportó supervisiones con frecuencia anual por parte de Tribunales de Familia, incumpliendo lo establecido en el mencionado cuerpo legal. Respecto del 1.4% de residencias que no ha recibido supervisiones por parte del Tribunal de Familia, estos corresponden a centros residenciales de reciente funcionamiento a la fecha de concurrencia del oficial investigador; y, por tanto, aún no contaban con alguna visita inspectiva por parte del Tribunal de Familia

Se evidencia además que, durante el levantamiento de información se dio cuenta que, tanto el Servicio Nacional de Menores como el Tribunal de Familia, llevan a cabo una dinámica de supervisión enfocada en asuntos administrativos y formales del proceso de intervención, respondiendo a observaciones, mayoritariamente de carácter administrativos, donde tales supervisiones son previamente acordadas con las residencias, distorsionándose el sentido de control que tiene la supervisión, dificultando con ello la develación de nudos críticos o áreas deficitarias. Por otra parte, se dio cuenta de una escaza socialización de los resultados de dichas supervisiones, hacia los funcionarios de los centros, situación que es concordante con lo establecido en distintos informes, tales como el Proyecto de levantamiento y unificación de la información de niños/as en el sistema residencial (Bascuñán y Jeldres, 2013).

Estos resultados son consistentes con lo reportado en el Proyecto de levantamiento y unificación de la información de niños/as en el sistema residencial (2013), el Informe de la Corporación Administrativa del Poder Judicial (2016), en el Informe de la Contraloría General de la República (2018) y en los dos informes de la Cámara de Diputados (2014, 2017) consignados en acápites anteriores; y, que además son rescatados por el Informe del INDH (2017) donde se identifica como uno de los mayores problemas, la insuficiencia e incapacidad de los recursos humanos responsables

CIPER

de los programas de protección residencial (en número y competencias), tanto en lo que refiere a las labores de supervisión del Sename, como de aquellos equipos -profesionales, técnicos y ETD- que se desempeñan directamente en las residencias proteccionales. Por otra parte, al revisar los resultados expuestos en el Informe de la Corporación Administrativa del Poder Judicial (2016), que incluye las observaciones realizadas en distintas residencias del país, se logró constatar que en cuatro centros de protección -con las más altas cifras de maltrato contra los residentes levantadas en el presente estudio- el Tribunal de Familia observó aspectos de infraestructura que no constituían objeciones críticas para su funcionamiento, consignando aspectos positivos asociados al desempeño de sus funcionarios, donde destacaban la iniciativa de realizar talleres para los residentes; calificando, a uno de ellos, como un *centro acogedor, cómodo y seguro para los niños.* Esta realidad difiere con las condiciones deficitarias levantadas dentro del presente estudio para tales residencias, entre otras, por cuanto suman -en total (las 4 residencias)- 249 registros de vulneraciones de derechos contra los residentes, de los cuales 58 corresponden a hechos imputados a los propios adultos que trabajan en los centros.

Por otra parte, y conforme a indicaciones del INDH (2017), resulta de suma relevancia, que las supervisiones técnicas de Sename controlen rigurosamente esta materia en cada centro proteccional; y, dentro de ello, aseguren la implementación de procedimientos disciplinarios adecuados y la aplicación de castigos como último recurso. De esta forma, el mismo organismo recomienda que Sename debe solicitar, a los centros, el registro permanente de situaciones de maltrato y medidas disciplinarias, a objeto de usar tal información para hacer las denuncias pertinentes cuando sea necesario y también para monitorear las medidas disciplinarias ejecutadas por los centros.

Consideraciones Finales:

- A partir de los resultados expuestos en el presente estudio, se logró establecer que del total de centros residenciales del país, el 92.1% de ellos no cumple con los estándares mínimos exigidos por Sename para su funcionamiento (lo que no asegura un funcionamiento óptimo ni adecuado). Por otra parte, aunque existen 19 centros que cumplen con los estándares mínimos para su funcionamiento, (7 CREAD y 12 OCA), estos mantienen serias falencias operacionales; entre las cuales se determinó que 7 de ellos mantienen usuarios fuera del perfil (residentes adultos), 2 residencias mantienen sobrecupos, 13 centros mantienen población sobreinstitucionalizada, 9 no cuentan con mecanismos de traslado para los residentes, 16 de ellos no cuentan con infraestructura ni profesionales para la atención de residentes de alta complejidad 24/7, así como tampoco con protocolos de contención y sujeción frente a estos casos.

- En el 88.3% de las residencias se levantó información que da cuenta de algún tipo de vulneración contra los derechos de los NNA durante su estadía residencial. Ello corresponde a 2 mil 71 registros (respecto de hechos/develaciones ocurridos en gran parte durante el año 2017). En el 80.4% del total de las residencias que funcionan bajo la línea de acción de Sename se reportó situaciones que constituyen maltrato intra-residencial; y, en el 58.3% de los centros, estas situaciones de maltrato fueron imputadas a los mismos trabajadores encargados del cuidado de los residentes. Este porcentaje aumenta cuando se disgrega entre organismos colaboradores y centros de administración directa. En tal caso, es posible afirmar que en el 100% de los centros que administra el Estado a través del Servicio Nacional de Menores, se han registrado -de manera permanente y sistemática- acciones que lesionan gravemente los derechos de los niños, niñas y adolescentes dependientes de tales centros, en tanto, presentan -durante los últimos años- registros que dan cuenta de maltratos (físico y psicológico) y abusos sexuales contra los NNA residentes. Igual porcentaje se obtiene, respecto de las circunstancias y contexto abusivo en el cual se ha llevado a cabo tal transgresión, en tanto en el 100% de los centros de administración directa, esta vulneración de derechos responde a un maltrato intra-residencial, siendo los propios funcionarios, en su mayoría bajo la figura del ETD, quienes han sido acusados por los residentes como autores de tales apremios. Por otra parte, se evidenció que en el 50% de los centros a nivel nacional, se ha victimizado a uno o mas residentes, vulnerando su indemnidad sexual, sea por un adulto externo a la residencia, por un trabajador del centro o por los propios pares, compañeros de la residencia.

CIPER

- Estas dinámicas -funcionales y estructurales- se encuentran en conocimiento del Servicio Nacional de Menores y de los Tribunales de Familia como entidades encargadas de la supervisión de las residencias de protección en cada una de las regiones, sin embargo, bajo una lógica de revisión administrativa y programada se ha normalizado un funcionamiento estructural y práctico defectuoso que pudiese propender a la instalación de escenarios altamente riesgosos, tanto para la integridad de los niños, niñas y adolescentes como para el aseguramiento de un contexto adecuado para su desarrollo, sobre todo, ante el alto porcentaje de centros donde existe registro de hechos constitutivos de vulneración a los derechos de los NNA. A partir de lo anterior se sugiere la conformación de una instancia técnica de carácter independiente, con la facultad de acreditar, de forma periódica, el estándar de calidad de las residencias para su funcionamiento, de manera tal de instalar la obligatoriedad de responder a tales estándares como requisito necesario para su funcionamiento.
- Se plantea la necesidad de re-pensar la estructuración del Servicio Nacional de Menores y las políticas de protección hacia la infancia, visibilizando la necesidad de instalar nuevos diseños metodológicos que consideren las relaciones causa-efecto del acogimiento residencial, incluyendo -en este tránsito- el uso de una nueva terminología que supere el discurso proteccional existente de *institucionalidad* -y de *NNA institucionalizado-,* así como también, las justificaciones existentes para la aplicación de estas medidas de internación residencial, dando prioridad al desarrollo de acogimientos familiares -de manera tal- de reducir intervenciones de esta naturaleza a casos extraordinarios y estrictamente necesarios.
- Se reportan hallazgos de relevancia -obtenidos a través de la investigación policial- a objeto de entregar conocimiento útil con sustento empírico que coadyuve en la elaboración de políticas públicas -basadas en la evidencia- orientadas a mejorar el trato de la infancia en Chile y velar por el cuidado, preservación de la vida e integridad física y psíquica de los niños que el Estado mantiene bajo su tutela.

CIPER



CIPER

REFERENCIAS

Referencias

Álvarez De Lara, R. (2011). El concepto de la niñez en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la legislación mexicana. *Instituto de Investigaciones Jurídicas. 5*, 1-11. Recuperado de: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/4.pdf

Bascuñán, C. (2013). Boletín N° 1: Niños y niñas declarados susceptibles de adopción sin enlace, V Región. Poder Judicial de Chile & Fondo de las Naciones Unidas, Unicef. Recuperado de http://unicef.cl/web/boletin-numero-1-ninos-y-ninas-declarados-susceptibles-de-adopcion-sin-enlace-v-region/.

Bascuñán, C. & Jeldres, M. (2013). Boletín N° 2: El Sistema Residencial en Chile. Análisis de caso: Aldeas Infantiles S.O.S. Recuperado de http://ipj10-110.poderjudicial.cl/documents/10179/103442/Bolet%C3%ADn+N%C2%B0%202+El+sistema+residencial+en+Chile.+An%C3%A1lisis+de+casos.+Aldeas+Infantil+SOS.pdf/fc952b74-438c-41a8-b553-0ae6f33e665b?version=1.1

Bellof, M. (1999). Modelo de la protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular: Un modelo para armar y otro para desarmar. En M. Beloff., M. Cillero., J. Cortés & J. Couso (Ed.), *Justicia y Derechos del Niño*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (ed.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (p. 234-242). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Bick, J., Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2017). Early deprivation, atypical brain development, and internalizing symptoms in late childhood. *Neuroscience, 342*, 140-153. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.09.026

Campos, S. (2009). La convención sobre los derechos del niño: el cambio de paradigma y el acceso a la justicia. *IIDH, 50*, 351-377. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/tablas/r25553.pdf

Caprin, C., Benedan, L., Ballarin, L., & Gallace, A. (2017). Social competence in Russian post-institutionalized children: A comparison of adopted and non-adopted children. *Children and Youth Services Review*, *75*(1), 61-68. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.020.

Chile, Honorable Cámara de Diputados. (2013). *Informe de la Comisión de Familia constituida en investigadora para recabar información y determinar responsabilidades en las denuncias sobre hechos ilícitos ocurridos en hogares del Servicio Nacional de Menores.* Recuperado en https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=10254&formato=pdf

Chile, Honorable Cámara de Diputados. (2014). *informe comisión especial investigadora de la forma en que las autoridades han atendido las propuestas de la cámara de diputados, por la aprobación del informe de la comisión investigadora del Sename en el año 2014, y la situación de menores de edad carentes de cuidado parental.* Recuperado enhttps://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=35387&prmTIPO=INFORMECOMISION

Chile, Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional 2015*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ampliando_la_mirada_sobre_la_pobreza_desigualdad.pdf

CIPER



Chile, Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025.* Consejo de la Infancia. Recuperado en http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/01/Politica-nacional-de-NNA_version_para_NNA.pdf

Chile, Contraloría General de La República. (2018). *Informe Final Nº 59 de 2018 Programa de aseguramiento de la calidad de las residencias ASCAR*. Departamento de auditorías especiales. Subsecretaría de Justicia. Recuperado de http://www.contraloria.cl/SicaProd/SICAv3-BIFAPortalCGR/faces/detalleInforme?docIdcm=4aa1e1869c42dc2f9c8df9d5b93f33e0&_adf.ctrl-state=k1iajvfok_3

Chile, Poder Judicial. (2016). *Informe Nacional Visitas a Hogares y Residencias de Protección Red Sename y Privados.* Departamento de Desarrollo Institucional, Unidad de Seguimiento e Información. Recuperado en http://www.duna.cl/media/2016/09/Primer-informe-de-visitas-a-centros-residenciales_nacional_agosto2016_completo.pdf

Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2008). *Informe Final Estudios de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Chile-2007*. Recuperado de http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf

Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2013). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Situación actual del suicidio adolescente con perspectiva de género*. Recuperado de https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/Nº-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf

Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2015). *Estadísticas Anual 2014.* Departamento de Estadísticas E información de Salud (Deis). Recuperado de http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general-y-por-grupos-de-edad/

Chile, Ministerio de Salud (Minsal). (2016). *Plan Diagnóstico Nacional de la situación de salud de personas en residencias de protección del Servicio Nacional de Menores- Sename.* Subsecretaria de Redes Asistenciales. Recuperado en https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmiD=86308&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *Panorama Social de América Latina* (LC/G.2635-P). Santiago, Chile: Cepal. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/6/S1420729_es.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2013). *Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. poniendo fin a la institucionalización en las américas*. Recuperado en http://www.oas.org/es/cidh/infancia/docs/pdf/Informe-derecho-nino-a-familia.pdf

Convención de Ginebra. (1924). *Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño*. Recuperado en Recuperada de http://www.humanium.org/es/ginebra-1924/

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2002). *Opinión consultiva oc-17/2002 de 28 de agosto de 2002*. Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_17_esp.pdf

Dávila, O. (1999). Políticas sociales, pobreza y el rol del Estado: El síndrome del padre ausente. *Última Década, 11*(septiembre), 1-9. Recuperado de http://www.cidpa.cl/wp-content/uploads/2014/08/11.11-oscar-dávila.pdf

CIPER

De Mause, L. (1994). *La evolución de la infancia*. Madrid, España: Alianza Universidad.

De La Barra, F, Vicente, B., Saldivia, S., & Melipellán, R. (2012). Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes en Chile. Estado Actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(5) 521-529. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70346-2

De La Maza, C., & González, F. (2016). Institucionalidad de infancia en Chile: Una deuda impaga. En Unicef, *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2016* (p. 380). Santiago, Chile: UDP.

Díaz, S. (2014). Los métodos mixtos de investigación: Presupuestos generales y aportes a la evaluación educativa. *Revista Portuguesa de Pedagogía, 48*(1), 7-23. doi: 10.14195/1647-8614_48-1_1

Doom, J., & Gunnar, M. (2016). Institutional deprivation and neurobehavioral development in infancy. En A. Sale (Ed.) *Environmental Experience and Plasticity of the Developing Brain* (p.185-214). New Jersey: Wiley Blackwell.

Faúndez, H. (2004). *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. Aspectos Institucionales y Procesales*. (3º Ed.). San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de derechos Humanos.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2004). *Convención Internacional de los derechos del Niño y la Niña*. Ed. Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (Unicef), Paraguay. Recuperado de https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_convencion_espanol.pdf

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2015). Definiciones Conceptuales para un Sistema Integral de Protección a la Infancia. *Serie Los derechos de los niños, una orientación y un límite*, N° 4. Recuperado de http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/4-Definiciones-conceptuales.pdf

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2016). *Inversión pública en primera infancia en Chile*: Diagnóstico, Desafíos y Propuestas. Recuperado en: http://unicef.cl/web/inversion-publica-en-primera-infancia-en-chile-diagnostico-desafios-y-propuestas/

Fonzo, G., Ramsawh, H., Flagan, T., Simmons, A., Sullivan, S., Allard, C., Paulus, M., & Stein, N. (2015). Early life stress and the anxious brain: evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood, *Psychological Medicine, 46*(5), 1037-1054. doi: 10.1017/S0033291715002603.

Fuenzalida, D. (2014). Protección jurídica y social de la infancia: Situación actual en Chile desde la perspectiva de Derecho Público. *Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales*. Facultad de Derecho. Universidad de Chile.

Gaitán, L. (1999). Bienestar social e infancia: La distribución generacional de los recursos sociales. *Revista Intervención Psicosocial, 8*(3), 331-348. Disponible en: http://journals.copmadrid.org/pi/archivos/50641.pdf

Gaitán, L. (2015). Ser niño en el siglo XXI. *Revista Cuadernos de Pedagogía, 407*(1), 12-16. Disponible en: http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2015/08/Gait%C3%A1n_-Ser-ni%C3%B1o-en-el-siglo-XXI.pdf/

Gallegos, M., Jarpa, C., & Opazo, D. (2018). Derechos del niño y sistemas residenciales en Chile: Representaciones sociales de adultos cuidadores. *Psicoperspectivas, 17*(2), 7-18.

CIPER



Galvis, L. (2009). La Convención de los Derechos del Niño veinte años después. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 7*(2), 587-619.

Garrido, C. (2006). *Reflexiones acerca de la construcción de infancia de niños y niñas en situación de vulneración de derechos: Puntos de encuentro y desencuentro con la política nacional a favor de la infancia y adolescencia. Investigación cualitativa en el CTD Pudahuel*. Universidad de Chile. Recuperado en http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/

Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). (2017). *Diagnóstico de la situación de Derechos Humanos de Niños Niñas y Adolescentes en centros de protección de la red Sename*. https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2018/01/INFORME-DE-TERRENO.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015). *Compendio Estadístico 2015*. Recuperado de http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2015/compendio_estadistico_ine_2015.pdf?sfvrsn=4

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). *Síntesis resultados Censo 2017*. Recuperado en https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf

Konijnendijk, A., Boere-Boonekamp, M., Fleuren, M., Haasnoot, M., & Need, A. (2016). What factors increase Dutch child health care professionals' adherence to a national guideline on preventing child abuse and neglect? *Child Abuse & Neglect, 53*(1), 118–127. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.11.006

Laje, M. (2010). Los menores de ayer, los niños de mañana. *Anuario: Nro 1*. CIJS, Centro de Investigaciones Juridicas y Sociales, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Cordoba, Cordoba, Argentina. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/argentina/cijs/SEC1010

Lindblom, J., Peltola, M., Vänskä, M., Hietanen, J., Laakso, A., Tiitinen, A., Tulppala M., & Punamäki, R. (2017). Early family system types predict children's emotional attention biases at school age. *International Journal of Behavioral Development, 41*(2), 245-253. doi: 10.1177/0165025415620856

Lyden, H., Gimbel, S., Del Piero, S., Bryna Tsai, A., Sachs, M., Kaplan, J., Margolin, G., & Saxbe, D. (2016). Associations between Family Adversity and Brain Volume in Adolescence: Manual vs. Automated Brain Segmentation Yields Different Results. *Frontiers in Neuroscience, 10*(1), 398. doi: 10.3389/fnins.2016.00398

Marianjel, R., Dávila, C. & Ortiz, M. (2012). Sistematización de experiencia profesional: análisis de la ejecución de la política de atención residencial de SENAME a través de la caracterización de los usuarios de residencias para mayores (RPM) de la Región del Bío-Bío. *Tesis para optar al grado de Magíster en Familia*. Universidad del Bío-Bío.

Martínez, L. (2014). Niñez, migración y derechos: aportes para un abordaje antropológico. *Revista Sociedad & Equidad* Nº 6, 237-257. doi: 10.5354/0718-9990.2014.27268

Morales, E. (1994), *Políticas sociales y niñez, Montevideo*. Instituto Interamericano del Niño (INN), Organización de los Estados Americanos (OEA)

Observatorio de la Niñez y Adolescencia. (2016). *Cuarto Informe Observatorio Niñez y Adolescencia: Infancia Cuenta en Chile 2016.* Recuperado de http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20161220/asocfile/20161220120438/b_informe_interior_parte1_referencia.pdf

CIPER

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado en http://unicef.cl/web/convencion/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Informe Salud en las Américas* +. Publicación Científica y Técnica N° 642. *Washington: OMS*. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/chile&lang=es

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). (2011). *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*. OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2011-en

Organización Mundial de Salud (OMS). (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Oter, O., & Puy, F. (2016), Teoría del Derecho entendida como Teoría Prudencial del Derecho. *Revista Derecho y Sociedad*, *48*(1), 79-91. Recuperado de http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/viewFile/18976/19202

Rapazzo, A., & Saralegui, M. (2018). Guardas excepcionales a referentes afectivos no familiares. *Revista de Viva Voz,* *2*(2), 204-220. Recuperado de http://www.magisneuquen.org/web/images/revista/02/13-dvv2-Saralegui-Rappazzo.pdf

Raymond, C., Marin, M. F., Majeur, D., & Lupien, S. (2017). Early child adversity and psychopathology in adulthood: HPA axis and cognitive dysregulations as potential mechanisms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 85*(1), 152-160. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.07.015

Rojas, J. (2010). *Historia de la infancia en el Chile republicano, 1810-2010* (2da. Ed.). Santiago, Chile: Ediciones de la Junji.

Rodríguez, L. & Blanck, E. (2008). Ley 26.061: intervención estatal y medidas de protección. En E. García (Comp.). *Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Sur-Editores del Puerto.

Salinas, J. (2006). Promoción de salud y calidad de vida en Chile: Una política con nuevos desafíos. *Revista chilena de nutrición*, *33*(1), 252-259.

Salinas, R. (2001). La Historia de la infancia, una historia por hacer. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades,* *5* (1), 11-30. Recuperado de https://www.rhistoria.usach.cl/sites/historia/files/304-666-1-sm.pdf

Schonhaut, L., & Roque, J. (2016). Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y desafíos en la salud infantil. *Contacto Científico*, *6*(6). 27-31.

Selcuk, B., Yavuz, H., Etel, E., Harma, M., & Ruffman, T. (2018). Executive function and theory of mind as predictors of socially withdrawn behavior in institutionalized children. *Social Development*, *27*(1), 109-124. doi: 10.1111/sode.12252

Servicio Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2016). *Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. De Chile, 2015*. Recuperado de http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_CL_7301.PDF

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2011a). *Orientaciones Técnicas Para la Intervención en Centros de Cumplimiento de Condenas Régimen Cerrado con Programa de Reinserción Social*. Departamento de Justicia Juvenil, Ministerio de Justicia. Recuperado en

CIPER



http://www.sename.cl/wsename/otros/orientaciones_tecnicas_para_intervencion_centros_cerrados_2011.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2011b). *Orientaciones Técnicas Medida Cautelar personal de Internación Provisoria en Régimen Cerrado*. Departamento de Justicia Juvenil, Ministerio de Justicia. Recuperado en http://www.sename.cl/wsename/otros/Orientaciones_Tecnicas_Centros_Internacion_Provisoria_2011_01-12-2011.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2011c). *Guía para el manejo de casos en centros de cumplimiento de condena en régimen cerrado con programa de reinserción social.* Departamento de Justicia Juvenil, Ministerio de Justicia. Recuperado en http://www.sename.cl/wsename/otros/rpa/2012/GUIA%20PARA%20MANEJO%20DE%20CASO%20EN%20CENTROS%20CERRADOS.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2012). *Orientaciones Técnicas Estándares Mínimos de calidad para la atención residencial.* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Área de Gestión Programática. Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/p7_05-04-2018/Estandares-minimos-calidad-atencion-residencial-2012-notas-aclaratorias.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2013a). *Base Técnica Línea programa. Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (PER).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p22_13-10-2016/BASES%20TECNICAS%20PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2013b). *Orientaciones Técnicas Residencias de Protección para Niños Niñas y Adolescentes Gravemente Vulnerados en sus derechos con discapacidades severas o profundas en situación de alta dependencia con programa adosado para la intervención residencial (RAD-PER).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado en http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p4_04-02-2014/BASES_TECNICAS_RAD-PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2015). *Bases Técnicas Residencias de Protección para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos con discapacidades severas o profundas en situación de alta dependencia (RDS), con programa de atención residencial especializada (PRE) y programa especializado en discapacidad (PRD).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p15_04-07-2016/BASES_TECNICAS_RDS-PRE-PRD.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016a). *Cuenta Pública Sename del 2016.* Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2017/04/CP-SENAME-2016.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016b). *Orientaciones Técnicas Residencias de Protección para mayores con programa de protección especializado de intervención residencial (REM-PER).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p22_13-10-2016/Orientaciones%20T%C3%A9cnicas%20REM%20PER.pdf

CIPER

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016c). *Bases Técnicas Residencias de Protección para mayores con programa de protección especializado de intervención residencial (REM-PER).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p22_13-10-2016/Bases%20T%C3%A9cnicas%20REM%20PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016d). *Orientaciones Técnicas Residencias de protección para primera infancia (lactantes y preescolares) con programa de protección especializado de intervención residencial (LRP-PER)*. Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/p3_01-03-2018/Orientaciones-Tecnicas-RLP-PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016e). *Bases Técnicas Residencias de protección para primera infancia (lactantes y prescolares) con programa de protección especializado de intervención residencial (LRP-PER)*. Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/p3_01-03-2018/Bases-Tecnicas-RLP-PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016g). *Orientaciones Técnicas Residencias de protección para madres adolescentes con programa de protección especializado de intervención residencial (RMA-PER)*. Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p15_04-07-2016/ORIENTACIONES_TECNICAS_RMA-PER.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016h). *Orientaciones Técnicas Residencias de protección para mayores (RPM)*. Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p22_13-10-2016/Orientaciones%20T%C3%A9cnicas%20RPM.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016i). Bases Técnicas Línea de acción centros residenciales Residencias de protección para lactantes y preescolares (RPP). Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p3-24-02-2011/5-BASES-TECNICAS-RESID-LACTANTES-Y-PREESCOLARES-RPP.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2016j). *Protocolos de actuación Protocolos de actuación para residencias de protección de la red colaboradora de Sename*. Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/p7_05-04-2018/protocolos-2016.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2017). *Bases técnicas para la línea de acción de centros residenciales. Modalidad residencias de protección para el niño/a que está por nacer con progenitora en conflicto con su embarazo y/o maternidad (RPF).* Departamento de Protección y Restitución de Derechos (Deprode). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/p18_05-10-2017/Bases-TECNICAS.RPF.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2018). *Catastro de la Oferta Programática.* Departamento de Planificación y Control de Gestión. Recuperado en http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2015/10/CATASTRO-201807.pdf

Servicio Nacional de Menores (Sename). (2018). *Misión, visión, organigrama.* Sitio Web Oficial. Recuperado de http://www.sename.cl/web/nuestra-institucion/

CIPER



Sheridan, M., Fox, N., Zeanah, C., McLaughlin, K., & Nelson, C. (2012). Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(32), 12927-12932. doi. 10.1073/pnas.1200041109

Sheridan, M., Drury, S., McLaughlin, K., & Almas, A. (2010). Early institutionalization: neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychology review, 20*(4), 414-429. doi: 10.1007/s11065-010-9152-8

Silvers, J, Goff, B., Gabard-Durnam, L., Gee, D., Fareri, D., Caldera, C., & Tottenham, N. (2017). Vigilance, the amygdala, and anxiety in youths with a history of institutional care. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, *2*(6), 493-501. doi: 10.1016/j.bpsc.2017.03.016

Taylor-Colls, S., & Pasco Fearon, R. M. (2015). The effects of parental behavior on infants' neural processing of emotion expressions. *Child development, 86*(3), 877-888. doi: 10.1111/cdev.12348

Tottenham, N., Hare, T., Quinn, B., McCarry, T., Nurse, M., Gilhooly, T., (...) & Thomas, K. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental science, 13*(1), 46-61. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x

Troller-Renfree, S., McLaughlin, K., Sheridan, M., Nelson, C., Zeanah, C., & Fox, N. (2017). The beneficial effects of a positive attention bias amongst children with a history of psychosocial deprivation. *Biological psychology, 122*(1), 110-120. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.04.008

Truffello, P., Lampert G., Pedro Harris, P. (2016). *Informe Legislación comparada de protección integral de la infancia: España, Francia, Colombia y Argentina*. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado en http://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=3145&tipodoc=docto_comision

Vanderwert, R., Zeanah, C., Fox, N., & Nelson, C. (2016). Normalization of EEG activity among previously institutionalized children placed into foster care: A 12-year follow-up of the Bucharest Early Intervention Project. *Developmental cognitive neuroscience*, *17*(1), 68-75. doi: 10.1016/j.dcn.2015.12.004

Warren, D. (1999). Setting new national standards for foster care. *Adoption & Fostering, 23*(2), 48-56. doi: 10.1177/030857599902300208

Williamson, J., & Greenberg, A. (2010). Families, Not Orphanages. *Better Care Network Working Paper, septiembre* (1), 2-26. Recuperado de https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Families%20Not%20Orphanages_0.pdf

Wretham, A., & Woolgar, M. (2017). Do children adopted from British foster care show difficulties in executive functioning and social communication? *Adoption & Fostering*, *41*(4), 331-345. doi: 10.1177/0308575917730295

Zeanah, C., Nelson, C., Fox, N., Smyke, A., Marshall, P., Parker, S., & Koga, S. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and psychopathology*, *15*(4), 885-907.



Glosario

AADD	Administración Directa
AVISA	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
ASR	Programas de Reinserción Educativa para Adolescentes Privados de Libertad
BRIDEC	Brigada Investigadora de Delitos Económicos (PDI)
BDS	Brigada Investigadora de Delitos Sexuales (PDI)
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CAVAS	Centro de Atención a Víctimas de Atentado Sexual (PDI)
CDN	Convención Sobre los Derechos del Niño
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIP	Centros de Internación Provisoria
CLA	Residencias para la protección de población lactante y preescolar
CRC	Centros de Internación en Régimen Cerrado
CREAD	Centro de Reparación Especializada de Administración Directa
CSC	Centro Semicerrado
DADH	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
DAM	Proyecto de Diagnóstico Ambulatorio
DDHH	Derechos Humanos
DEMECRI	Departamento de Medicina Criminalística (PDI)
ETD	Educador de Trato Directo
FAE	Programas de Familia de Acogida Especializada
FAS	Programa de Familia de Acogida Simple
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FPA	Programa Fortalecimiento de la Parentalidad Adoptiva
IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
INE	Instituto Nacional de Estadística
JENADES	Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales (PDI)
JENAGES	Jefatura Nacional de Gestión Estratégica (PDI)
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
LACRIM	Laboratorio de Criminalística (PDI)
LRPA	Ley de Responsabilidad Penal Adolescente
MCA	Programa de Medidas Cautelares Ambulatorias
MINSAL	Ministerio de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OCA	Organismo Colaborador Acreditado
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONA	Observatorio Niñez y Adolescencia
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPD	Oficina de Protección de Derechos
PAD	Programa Ambulatorio de Discapacidad
PAG	Programa de Adopción Global
PAS	Programas de Intervención Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes que presentan conductas abusivas de carácter sexual.

PDC	Programa de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas
PDE	Programa de Protección Especializada en Intervención Educativa
PEC	Programa Especializados en niños, niñas y/o adolescentes en Situación de calle
PEE	Programa Especializado en Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente
PER	Programa Adosado de Intervención Residencial
PIB	Programas de Intervención Breve para la Prevención Focalizada
PIE	Programas de Intervención Integral Especializada
PII	Plan de Intervención Individual
PIL	Programas de Intermediación Laboral
PLA	Programas de Libertad Asistida
PLE	Programas de Libertad Asistida Especial
PPF	Programas de Prevención Focalizada
PRE	Programa de Atención Residencial Especializada
PRD	Programa Residencial Especializado en Discapacidad
PRI	Programas de Reparación del Abandono para la Integración de niños/as Institucionalizados/as en Familia Alternativa a la de Origen
PRJ	Programas de Representación Jurídica para niños, niñas y adolescentes Víctimas de Delitos
PRM	Programas de Protección Especializada de Maltrato y Abuso Sexual Infantil
PRO	Programa de Protección
RAD-PER	Residencia para Niños y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda con Programa Adosado para la Intervención Residencial
RDD	Residencia para Niños/as y Adolescentes con Discapacidad Discreta o Moderada
RDG	Residencia para Niños y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda
RDS	Residencia de protección para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos, con discapacidades severas o profundas y situación de alta dependencia
REM	Residencia de Protección para Mayores con Programa
REM-PER	Residencia de Protección para Mayores con Programa Especializado Adosado
REN	Residencia Especializada para Mayores
RLP	Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares
RMA	Residencia de Protección para Madres Adolescentes con Programa Adosado
RPA	Residencia de Protección para Madres Adolescentes
RPE	Residencia Especial de Protección
RPF	Residencias de protección para el niño/a que está por nacer con progenitora en conflicto con maternidad
RPL	Residencia de protección para lactantes
RPM	Residencia de protección para mayores
RPP	Residencia para Lactantes y Preescolares
RSP-PER	Residencia Especializada para Mayores con Programa Especializado Adosado
SBC	Programa de Servicio en Beneficio de la Comunidad y de Reparación del Daño Causado
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SIDH	Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USS	Unidad de Subvención de Sename

CIPER



CIPER

ANEXOS

Anexo 1: Resumen Oferta Programática Sename 2018

Área de Adopción

PROGRAMAS	CENTROS RESIDENCIALES
(Organismos Colaboradores Acreditados)	(Organismos Colaboradores Acreditados)
PAG (Programas de Adopción Global)	RPF (Residencias de Protección para el niño/a que está por nacer con Progenitora en Conflicto con Maternidad)
PRI (Programas de Reparación del Abandono para la Integración de Niños/as Institucionalizados/as en Familia Alternativa a la de Origen)	RPL (Residencia de Protección para Lactantes)
FAS (Programa de Familia de Acogida Simple)	
FPA (Programa fortalecimiento de la Parentalidad Adoptiva)	



Área de Justicia Juvenil

PROGRAMAS	CENTROS RESIDENCIALES
(Organismos Colaboradores Acreditados)	(Administración Directa Sename)
PSA (Programas de Salidas Alternativas)	CIP (Centros de Internación Provisoria)
MCA (Programa de Medidas Cautelares Ambulatorias)	CRC (Centros de Internación en Régimen Cerrado)
SBC (Programas de Servicios en Beneficio de la Comunidad y de Reparación del Daño Causado)	CSC (Centros Semicerrados)
PLA (Programas de Libertad Asistida)	
PLE (Programas de Libertad Asistida Especial)	
PILOTO 2016 (Programas de Apoyo Psicosocial para Adolescentes Privados de Libertad y en el Medio Libre)	
PIL (Programas de Intermediación Laboral)	
ASR (Programas de Reinserción Educativa para Adolescentes Privados de Libertad)	
ALA (Atención Apresto Laboral para Adolescentes Privados de Libertad y Medio Libre)	

CIPER



Área de Protección

PROGRAMAS	CENTROS RESIDENCIALES	CENTROS RESIDENCIALES
Organismos Colaboradores Acreditados	Administración Directa	Organismos Colaboradores Acreditados
PPF (Programas de Prevención Focalizada)	CREAD (Centros de Reparación Especializada de Administración Directa)	RPM (Residencias de Protección para Mayores)
PRM (Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil)		REM /PER (Residencias de Protección para Mayores con Programa Especializado Adosado – Programa para la Intervención Residencial)
PIE (Programas de Intervención Integral Especializada)	Programa Administración Directa	RSP/PER (Residencias Especializadas para Mayores con Programa Especializado Adosado)
PAS (Programas Especializados en Agresores Sexuales)	FAE AADD (Programas de Familia de Acogida de Administración Directa)	RPP (Residencias para Lactantes y Preescolares)
PEE (Programas Especializados en Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente)		RLP/PER (Residencias para Lactantes y Preescolares (RPP) Residencias de Protección para Lactantes y Preescolares con Programa Adosado de Intervención Residencial)
PEC (Programas Especializados en niños, niñas y/o adolescentes en Situación de Calle)		RDD (Residencias para Niños/as con Discapacidad Discreta o Moderada)
PRJ (Programas de Representación Jurídica para niños, niñas y adolescentes Víctimas de Delitos)		RDG (Residencias para Niños/as y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda)
FAE - PRO (Programa de Familias de Acogida (FAE) Administradas por Organismos Colaboradores con Programas de Protección)		RAD/PER (Residencias para Niños/as y Adolescentes con Discapacidad Mental Grave o Profunda con Programa Adosado para la Intervención Residencial)
PAD (Programas Ambulatorios de Discapacidad)		RPA (Residencias de Protección para Madres Adolescentes)
PIE 24 HRS (Programa de Intervención Integral Especializada)		RMA (Residencias de Protección para Madres Adolescentes con Programa Especializado Adosado)
PDE (Programa de Protección Especializada en Intervención Educativa)		RDS (Residencias con Discapacidad Severa y Situación Dependencia), PRD (Programa Especializado en Discapacidad), PRE (Programa Atención Residencial Especializado)
PDC (Programa de Protección Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas)		REN (Residencia Especializada)
OPD (Oficinas de Protección de Derechos)		RPE (Residencias Especializadas de Protección)
DAM (Modalidad de Diagnóstico Ambulatorio)		PPE (Programa de Protección Especial)
PIB (Programa de Intervención Breve)		CLA (Centro de Diagnóstico para Lactantes)

CPER



CIPER

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

A raíz de la mediatización del fallecimiento de la niña Lissette Villa Poblete, hecho ocurrido el día 11 de abril del año 2016 al interior del CREAD Galvarino en Santiago, los medios de comunicación hicieron público otros fallecimientos de niños, niñas y adolescentes ocurridos en centros de protección que funcionaban bajo una línea residencial dependiente del Sename. Esta situación llevó a que congresistas solicitaran formalmente -a Sename- transparentar la cantidad de niños fallecidos al interior de los establecimientos dependientes del señalado servicio. La inconsistencia en las cifras entregadas y la demora en la entrega de información, generaron un escenario social que llevó al Ministerio Público a conformar un equipo especial dedicado a investigar la situación existente tras tales fallecimientos, de manera tal, de establecer -o descartar- la existencia de hechos constitutivos de delito frente a cada fallecimiento; y, a su vez, establecer de manera precisa la cantidad de niños que -al momento de su deceso- se encontraban bajo la tutela del Estado.

De esta forma, con fecha 04 de agosto del año 2016, a solicitud del Fiscal Regional de Los Lagos Marcos Emilfork Konow, sobre quien había recaído la designación de fiscal preferente para investigar el denominado "Caso Sename", la Policía de Investigaciones de Chile creó formalmente un equipo de investigadores con dedicación exclusiva a la investigación de los 1313 fallecimientos reportados durante los últimos 10 años (878 correspondientes a NNA). Este equipo, a cargo del Comisario Francisco Ceballos Espinoza, subdirector del Instituto de Criminología, se encuentra compuesto por ocho Investigadores Policiales[1], a quienes se sumó la cooperación de una profesional psicóloga del Instituto de Criminología y un trabajador social del CAVAS Metropolitano para el análisis de las fichas psicosociales y la evaluación de la pertinencia de la intervención psicosocial tras cada NNA en investigación.

En este contexto investigativo, se obtuvo información que daba cuenta de deficiencias estructurales y funcionales en los centros, tales como infraestructura, recursos humanos, cuidado y salud de los residentes. Este antecedente, llevó a los investigadores a prestar atención en aquellos patrones que se repetían en los distintos centros a lo largo del país. De esta forma; y, ante la necesidad de homologar la información recogida para cada centro durante el proceso investigativo, se construyó una pauta de investigación la cual fue socializada con investigadores de todas las Brigadas dependientes de la Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales, luego de lo cual, mediante Oficio FR N° 273/2017 de fecha 07 de noviembre del año 2017 de la Fiscalía Regional de Los Lagos, se solicitó a la Policía de Investigaciones de Chile, concurrir a cada uno de los centros dependientes del Sename (Centros de Residenciales Especializados de Administración Directa, centros pertenecientes a Organismos Colaboradores Acreditados y Centros de Internación Provisoria y de Reclusión Cerrado para Adolescentes Infractores de Ley), con el fin de indagar el funcionamiento de cada uno de ellos, las condiciones de habitabilidad y los cuidados en los cuales se

[1] 02 Oficiales Policiales del Instituto de Criminología, 03 Oficiales Policiales de la Brigada de Homicidios Metropolitana, 02 Oficiales Policiales de la Brigada Investigadores de Delitos Sexuales Metropolitana y Un Oficial Policial de la Brigada de Investigación Criminal Conchalí.

Investigar está en nuestro ADN

encontraban los residentes (e internos), teniendo como base la aplicación de la pauta investigativa.

Como parte del levantamiento de información, se incluyó la declaración de actores considerados claves en el funcionamiento de las residencias, tales como el director o encargado del centro, integrantes de la dupla psicosocial y los encargados del área de la salud. Además, con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, los oficiales antes mencionados tuvieron a la vista diversos documentos propios de la residencia, tales como el proyecto del programa que autoriza el funcionamiento del centro, listado de trabajadores y funciones que cumplen, protocolos de la residencia, informes de supervisión de Sename e Informes de supervisión del Juzgado de Familia, así como también la revisión de toda la documentación existente en los centros que permitiera verificar la información proporcionada por el personal entrevistado.

Conforme a los antecedentes obtenidos a nivel nacional, por parte de la Fuerza de Tarea Sename y las diferentes Brigadas Investigadoras de Delitos Sexuales del país, se generó un Informe Policial que contiene la investigación de la totalidad de los centros del país, existentes a la fecha del levantamiento de la información, lo que comprende 240 centros residenciales dependientes del Sename (de los 241 existentes en país durante el último bimestre del año 2017), realizando un informe policial donde se registró la caracterización de cada centro, la caracterización de la población residente, los aspectos funcionales del centro, aspectos relativos al área de salud y a la infraestructura, además del recurso humano e información relativa al control y supervisión de dichas residencias, tanto por parte de Sename como por parte de los Tribunales de Familia. Esta indagatoria, única en la historia de la infancia en Chile, incluye -por primera vez- la totalidad de los centros existentes a nivel nacional; ya que estudios anteriores realizados en el país solo han considerado una muestra aleatoria de centros, dado el dificultoso trabajo que significa abordar la compleja distribución territorial de los centros a lo largo del país y las distancias existentes entre uno y otro.

Los resultados fueron vertidos en un documento que consta de 28 tomos (5 tomos de Informe Policial y 23 tomos de anexos que incluyen los informes policiales de los 240 centros visitados); cuyos resultados obtenidos, presentan una relevancia tal, que hicieron necesario dar cuenta de ello a las autoridades de gobierno competente como conocimiento y evidencia útil para la eventual toma de decisiones y la construcción políticas públicas basadas en la evidencia. De esta forma, el 06 de junio del año en curso; y, a la luz de la información obtenida a partir de estas diligencias, el Ministerio Público, mediante el Oficio Reservado FR N°137/2018 solicitó a la Fuerza de Tarea Sename, *"(…) generar un completo informe que contemple un análisis y estudio de los hallazgos obtenidos en relación con el cuidado y preservación de la vida e integridad física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la tutela del Estado…"*

Para dar cumplimiento a lo anterior, se sumaron a la Fuerza de Tarea Sename, otros profesionales del área de las ciencias sociales: un Trabajador Social de dotación del Instituto de Criminología, una psicóloga de la Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales y una socióloga de la Jefatura Nacional de Administración y Gestión de Recursos. De esta forma,

CIPER

se logró confeccionar un informe nacional de centros residenciales dependientes del Sename (con dependencia directa o que funcionan bajo la figura de organismos colaboradores acreditados), cuyos principales hallazgos se presentan a continuación:

CARACTERIZACIÓN DE LOS CENTROS

- De la Totalidad de los Centros (241), tan solo 29 corresponde a centros de Administración Directa de Sename (12%), mientras que 212 pertenecen a Instituciones Colaboradoras (88%), atendiendo a NNA de ambos sexos (34.6% para mujeres, 18.3% para hombres y 47.1% centros para atención de NNA de ambos sexos).
- Se identificaron 23 modalidades residenciales que atienden diferenciadamente a población lactante, preescolar, niños, niñas y adolescentes con discapacidad (en distintos niveles de gravedad), centros de protección para mayores (adolescentes) y centros para madres adolescentes.
- Existen 11 Centros Residenciales Especializados de Administración Directa (CREAD) y 18 Centros de Internación Provisoria y de Régimen Cerrado (CIP-CRC), que funcionan en el marco de la ley 20.284.
- Existe una cantidad de plazas licitadas (9306) que es mayor a las plazas efectivamente utilizadas (7438); y, a su vez mayor al número de residentes que físicamente habita en los centros (6844). Se estima una ocupación del 79% del total de plazas licitadas a nivel nacional.

CARACTERIZACIÓN DE LOS RESIDENTES

- Se estableció una total de 7438 residentes, entre NNA y adultos. De ellos, 6844 residen de manera permanente en los centros. Esta diferencia guarda relación con aquellos que, habitando en las residencias, presentan un alojamiento familiar extra-residencial de manera permanente, ya sea porque participan en un proceso de acercamiento o porque se encuentran en proceso de pre-egreso o proceso de adopción. Cabe hacer presente que, 1358 residentes presentan algún grado de discapacidad y 659 corresponden a residentes que habitan en centros de protección para lactantes.
- Existen 2603 residentes con sobreinstitucionalización (2463 en OCA y 140 en CREAD). Esto es, que presentan una estadía mayor a los dos años, lo que equivale al 42.8% de la población nacional de residentes (excluyendo la población CIP-CRC [n=757]). Este porcentaje se encuentra distribuido en 176 residencias (73.3% del total de los centros en el país cuentan con población sobreinstitucionalizada).
- Existen 1135 residentes adultos que conviven diariamente al interior de las residencias de protección y CIP-CRC con NNA, compartiendo espacios comunes y siendo objeto de intervención sin el personal especializado/diferenciado para cada grupo etario. Esta población se concentra en 107 centros (44.5%), y corresponden a residencias que atienden a población discapacitada (740 residentes [65.2% de total los adultos]), CIP-CRC (225 adultos internos [19.8%]) y a centros que operan bajo la modalidad REM-PER (93 residentes adultos [8.2%]).

CIPER

AREA DE SALUD

- Existen 2554 residentes diagnosticados con alguna patología psiquiátrica, equivalente al 37.3% de la población residente establecida (N=6844).
- El 68% de los residentes en CREAD y el 59.4% de los internos de los CIP-CRC presenta alguna patología psiquiátrica diagnosticada.
- El 85.8% de los centros (206 de 240) mantiene residentes con patología psiquiátricas diagnosticadas.
- Existen 970 residentes con algún diagnóstico médico (14.2% de los residentes establecidos), distribuidos en 115 de los 240 centros a nivel país.
- 953 residentes mantienen alguna enfermedad crónica (13.9% de los residentes establecidos).
- 1358 residentes fueron reportados con algún grado de discapacidad (19.8 % de los residentes establecidos)
- 28 residentes se encontraban en condición médica de alta complejidad y/o eventual riesgo vital.
- En el 17.5% de los centros no existe un encargado de salud, en tanto que un 40.4% no cuentan con un profesional del área como encargado de esta función.
- En el 83.3% de los centros la administración de medicamentos -en horario nocturno y fines de semana- se lleva a cabo por un funcionario sin formación en el área de la salud.

Respecto de casos críticos; y, atendiendo a la sensibilidad de los antecedentes recopilados, se confeccionó informe policial Nro. 55 de fecha 28 de mayo del año 2018 de la Fuerza de Tarea dando cuenta de tal situación. En virtud a ello, la fiscalía despachó el oficio N° 582/2018 de fecha 29 de mayo del 2018 solicitando la concurrencia por parte de la PDI a los centros en cuales se informó la existencia de casos críticos. En cumplimiento de esta diligencia se obtuvo información respecto de otros casos de gravedad, informando la identidad y situación de 40 residentes con alta complejidad médica y posible riesgo vital, información que el Ministerio Púbico retransmitió en forma inmediata al Ministerio de Justicia, a Sename y al Ministerio de Salud, para que se adoptaran todas las medidas posibles para salvaguardar la integridad de los residentes en riesgo vital.

ASPECTOS FUNCIONALES DE LAS RESIDENCIA

- Existen 107 residencias que no cuentan con los protocolos mínimos exigidos por Sename para el funcionamiento residencial (44.5%). Al analizar el cumplimiento mínimo de protocolos por el tipo de institución se estableció que el 100% de los centros de administración directa (CREAD y CIP-CRC) cumple con este requisito de funcionamiento, en tanto 107 de los 211 centros pertenecientes a organismos colaboradores no lo hacen (50.7%). En este sentido, las regiones de La Araucanía (83.3%), Los Lagos (78.9%) y Los Ríos (77.8%) presentan los mayores porcentajes de incumplimiento para su funcionamiento.
- Se estableció la inexistencia de protocolos básicos para el funcionamiento residencial en un porcentaje importante de centros:

CIPER

a) El 72.9% (175), no cuenta con protocolos de manejo y prevención de conductas suicidas.
b) El 66.3% (159) no cuenta con protocolos de alimentación (De los centros de atención para lactantes, 21 no cuentan con este protocolo (65.6%); y en centros para discapacitados 11 de 16 no cumplen con esta formalidad para su funcionamiento (68.7%).
c) El 76.7% (184), no cuenta con protocolos de sujeción y/o contención física frente a desajustes conductuales
d) El 72.1% (173), no cuenta con protocolos de fallecimiento
e) En cuanto a protocolos de administración de medicamentos se estableció que un 8.3% de centros no contaba con esta formalidad

- En un 70% de los centros (169) no existe un acta de notificación de protocolos lo que no permite asegurar el conocimiento de los mismos por parte del personal.
- De acuerdo al periodo contemplado en la siguiente investigación, se estableció que del total de las residencias que operan bajo la línea proteccional (CREAD y OCAS), 151 de ellas (62.9%) han registrado abandonos del sistema por parte de residentes (deserciones y/o abandonos). Este porcentaje aumenta al 76.2% cuando se excluye del total a aquellos centros dedicados al cuidado de población lactante (32 centros) y población discapacitada (10 centros) cuyo perfil de los residentes hace improbable que se registren este tipo de situaciones.

VULNERACIÓN DE DERECHOS

- Se levantó información respecto de 2071 hechos constitutivos de vulneración hacia los residentes de los centros del país (ocurridas en gran parte durante el año 2017), de ellos, 432 corresponden a maltratos por parte de adultos del centro (estos se concentran en las modalidades CIP-CRC [29.4%], CREAD [24.3%] y Centros colaboradores que atienden población adolescente [31.7%]), 1265 maltratos entre pares, 53 maltratos por familiares (durante el periodo de residencia del NNA), 123 actos abusivos de connotación sexual cometido por adultos (intra/extra-residencial), 187 actos abusivos de connotación sexual cometido por los pares (intra-residencial).
- En el 85.8% (206) de las residencias se ha vulnerado gravemente los derechos de los NNA. El 80,4% (193) ha presentado maltrato intra-residencial grave y en 58.3% (140) el maltrato fue provocado por funcionarios del centro, responsables del cuidado de los residentes.
- En el 100% de los CREAD (dependientes directamente del Estado) se ha vulnerado gravemente, y de manera sistemática, los derechos de los NNA que han estado bajo la tutela del Estado.
- En el 100% de los CREAD se han registrado vulneraciones graves de derechos contra las NNA por parte de los propios funcionarios de los centros.
- En el 50% (120) de los centros se han registrado hechos (intra/extra-residencial) que han vulnerado la indemnidad sexual de algún NNA.

CPER

Respecto de los maltratos; y, en particular, sobre la posible identificación de hechos constitutivos de transgresión contra los derechos de los NNA, se estableció que en 88 residencias (de un total de 240 investigadas), existía una diferencia estadística entre el total de eventos registrados (develaciones de NNA, sumarios, investigaciones internas, circulares [2308/2309]) y la cantidad de hechos que finalmente fueron denunciados. Dada la relevancia de la información, y ante la posible existencia de hechos constitutivos de delitos no denunciados, estos antecedentes fueron puestos en conocimiento de Fiscalía Regional de Los Lagos de manera inmediata (Informe policial Nro. 00131 de fecha 04 de julio de 2018), entidad que a su vez distribuyó tal información a las distintas fiscalías regionales para su esclarecimiento.

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS

- El 93.3% de las residencias (224 centros), no cuenta con el personal profesional especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente (24/7).
- El 93.8% de las residencias de Sename no cuentan con las condiciones estructurales necesarias para el cuidado de residentes con perfil clínico y/o de casos complejos.
- El 70.8% de los centros no cuenta con sala de enfermería.
- El 82.9% de los centros no cuenta con funcionarios que cumplan con el perfil profesional mínimo para su funcionamiento (199 residencias).
- El 35% de los centros no cuenta con el personal mínimo de Educadores de Trato Directo (ETD) para su funcionamiento. El 65% restante, aun cumpliendo con el mínimo, éste -en la mayoría de los centros- resulta insuficiente para un funcionamiento adecuado dada la existencia de residentes con perfil clínico con constantes desajustes conductuales.
- El 58.7% de los centros no cuentan con medio de trasporte propio para el traslado de los residentes, por lo que la movilización de estos se realiza principalmente mediante mecanismos de locomoción pública independiente de la condición médica del paciente a trasladar.
- El 48.7% de los centros no cuentan con mecanismos de remplazo frente a la ausencia no programada de funcionarios, por lo que son los trabajadores del propio centro quienes deben suplir tales ausencias, mermando la calidad de su atención con los NNA ante las extensas jornadas de trabajo.
- Los centros no cuentan con procesos de capacitación calendarizada para los funcionarios de trato directo con los NNA, situación que conlleva el despliegue de dinámicas que pueden poner en riesgo la calidad de la intervención desarrollada hacia los residentes.

SUPERVISIÓN Y CONTROL

- No existe un mecanismo de control externo al Sistema de Justicia, lo que propende a la mantención de prácticas funcionales que contravienen las normas y directrices existentes en torno al cuidado residencial de NNA.
- Las supervisiones realizadas por Sename son programadas y acordadas previamente con los centros lo que impide supervigilar el correcto funcionamiento operacional.

CIPER

- Tanto Sename como los Tribunales de Familia realizan supervisiones periódicas com una frecuencia regular (normalizada en su mayoría a partir del inicio de la Investigación "causa Sename"), sin embargo, se enfocan en aspectos administrativos y en el cumplimiento de objetivos del programa.

CONCLUSIÓN

- A partir de los resultados expuestos en el presente estudio, se logró establecer que del total de centros residenciales del país (240), solo el 7.9% (19) de ellos cumple con los estándares mínimos exigidos por Sename para su funcionamiento (lo que no asegura un funcionamiento óptimo ni adecuado). Estos 19 centros, corresponden a 7 CREAD y 12 centros pertenecientes a organismos colaboradores. Sin embargo, cabe hacer presente que, aun cuando estos centros cumplen con los requerimientos mínimos para su funcionamiento, mantienen serias falencias operacionales; entre estas, 7 de ellos mantienen usuarios fuera del perfil (residentes adultos), 2 mantienen sobrecupos, 13 centros mantienen población sobreinstitucionalizada, 9 no cuentan con mecanismos de traslado para los residentes, 16 de ellos no cuentan con infraestructura ni profesionales para la atención de residentes de alta complejidad 24/7, así como tampoco con protocolos de contención y sujeción frente a estos casos.
- En el 88.3% de las residencias se levantó información que da cuenta de algún tipo de vulneración contra los derechos de los NNA durante su estadía residencial. Ello corresponde a 2 mil 71 registros (respecto de hechos/develaciones ocurridos en gran parte durante el año 2017). En el 80.4% del total de las residencias que funcionan bajo la línea de acción de Sename se reportó situaciones que constituyen maltrato intra-residencial; y, en el 58.3% de los centros, estas situaciones de maltrato fueron imputadas a los mismos trabajadores encargados del cuidado de los residentes. Este porcentaje aumenta cuando se disgrega entre organismos colaboradores y centros de administración directa. En tal caso, es posible afirmar que en el 100% de los centros que administra el Estado a través del Servicio Nacional de Menores, se han registrado -de manera permanente y sistemática- acciones que lesionan gravemente los derechos de los niños, niñas y adolescentes dependientes de tales centros, en tanto, presentan -durante los últimos años- registros que dan cuenta de maltratos (físico y psicológico) y abusos sexuales contra los NNA residentes. Igual porcentaje se obtiene, respecto de las circunstancias y contexto abusivo en el cual se ha llevado a cabo tal transgresión, en tanto en el 100% de los centros de administración directa, esta vulneración de derechos responde a un maltrato intra-residencial, siendo los propios funcionarios, en su mayoría bajo la figura del ETD, quienes han sido acusados por los residentes como autores de tales apremios. Por otra parte, se evidenció que en el 50% de los centros se han registrado victimizaciones a algún residente, vulnerando su indemnidad sexual, sea por un adulto externo a la residencia, por un trabajador del centro o por los propios pares, compañeros de la residencia.
- Estas dinámicas -funcionales y estructurales- se encuentran en conocimiento del Servicio Nacional de Menores y de los Tribunales de Familia como entidades encargadas de la supervisión de las residencias de protección en cada una de las regiones, sin embargo, bajo

CIPER

una lógica de revisión administrativa y programada se ha normalizado un funcionamiento estructural y práctico defectuoso que pudiese propender a la instalación de escenarios altamente riesgosos, tanto para la integridad de los niños, niñas y adolescentes como para el aseguramiento de un contexto adecuado para su desarrollo, sobre todo, ante el alto porcentaje de centros donde existe registro de hechos constitutivos de vulneración grave a los derechos de los NNA. A partir de lo anterior se sugiere la conformación de una instancia técnica de carácter independiente, con la facultad de acreditar, de forma periódica, el estándar de calidad de las residencias para su funcionamiento, de manera tal de instalar la obligatoriedad de responder a tales estándares como requisito necesario para su funcionamiento.

- Se plantea la necesidad de re-pensar la estructuración del Servicio Nacional de Menores y las políticas de protección hacia la infancia, visibilizando la necesidad de instalar nuevos diseños metodológicos que consideren las relaciones causa-efecto del acogimiento residencial, incluyendo -en este tránsito- el uso de una nueva terminología que supere el discurso proteccional existente de *institucionalidad* -y de *NNA institucionalizado-,* así como también, las justificaciones existentes para la aplicación de estas medidas de internación residencial, dando prioridad al desarrollo de acogimientos familiares -de manera tal- de reducir intervenciones de esta naturaleza a casos extraordinarios y estrictamente necesarios.
- Se reportan hallazgos de relevancia -obtenidos a través de la investigación policial- a objeto de entregar conocimiento útil con sustento empírico que coadyuve en la elaboración de políticas públicas -basadas en la evidencia- orientadas a mejorar el trato de la infancia en Chile y velar por el cuidado, preservación de la vida e integridad física y psíquica de los niños que el Estado mantiene bajo su tutela.

CIPER





CIPER